

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 41

LA
CÉSARIENNE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Léon RISSE

*Elève de l'École du Service de Santé Militaire
Né le 9 Février 1885, à Versailles (Seine-et-Oise)*



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1910

LA CÉSARIENNE VAGINALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA

CÉSARIENNE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon RISSER

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 9 Février 1885, à Versailles (Seine-et-Oise)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER
CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. ROQUE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophthalmologique.	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRET.
Clinique des maladies mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies des femmes	CLUZET.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique.	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.	BEAUVISAGE.
Matière médicale et Botanique.	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	TESIUT.
Anatomie.	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie.	COLLET.
Pathologie interne.	COURMONT (P.).
Pathologie et Thérapeutique générales.	PAVIOT.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	PIC.
Thérapeutique.	FLORENCE.
Pharmacologie.	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	BERARD. agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Matière médicale.	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique.	BRETIN, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARBAL.	GAYET.	LAROYENNE.	TAVERNIER.
SAMBU.	PATEL.	NOGIER.	GADE.
MOREAU.	J. LEPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	VORON.	BRETIN.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMARD.
COMMANDEUR.	LESEUR.	THÉVENOT.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président ; NICOLAS, Assesseur,
MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE NOTRE PÈRE

Sous-Intendant Militaire
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il fut estimé de tous. Aimé
par ses chefs comme par ses
inférieurs. Il vivait pour les
siens.*

A NOTRE MÈRE

*En gage de notre profonde
affection ; et en reconnaissance
des sacrifices et des soucis que
lui imposa notre éducation.*

*Nous savons quelle est sa
peine qui est aussi la nôtre ;
nous nous efforcerons de la lui
adoucir.*

A NOS PARENTS

A NOS AMIS

Aux Docteurs,
L. HIRTZMANN, F. BRUNHAMMER
Aides-Majors

Au Docteur
F. GEORGES
Notre excellent camarade de promotion

A notre Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Université de Lyon

Il nous a toujours accueilli dans sa clinique et son laboratoire avec la plus grande affabilité et ne nous a ménagé ni ses encouragements ni ses conseils. Il nous fait le très grand honneur de présider notre thèse. Nous sommes heureux de l'assurer ici de notre respectueuse gratitude.

A NOS MAITRES DES FACULTÉS DE NANCY ET DE LYON
et en particulier :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON
Professeur de Clinique Gynécologique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COMMANDEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON

A NOS CHEFS ET A NOS MAITRES MILITAIRES

Introduction

Dührssen, émettant le principe que : « lors d'une préparation insuffisante des parties molles, on ne doit pas sauver la mère au détriment de l'enfant, par la perforation, qu'on ne doit pas non plus laisser simplement mourir l'enfant en danger, mais élargir ces parties molles grâce à une intervention facile et non dangereuse, enfin obtenir un enfant vivant, » définit la césarienne vaginale « la dernière pierre de l'édifice » auquel il assimile ses différentes et successives tentatives faites pour lutter contre les obstacles des parties molles.

Nous voulons nommer : l'incision profonde du périnée, les incisions profondes du col, la métreuryse intra-utérine, la césarienne vaginale conservatrice.

De fait Dührss est bien, quoique nous le verrons, la priorité de la première césarienne vaginale lui ait été un moment discutée, le père de la méthode nouvelle que représente cette intervention.

Peu répandue et peu pratiquée en France, ses indications furent (peut-être plus il y a quelques années qu'actuellement) très étendues en Allemagne, son pays d'origine, en Autriche et aux États-Unis.

Très restreintes au contraire en France, n'est-on pas tombé dans l'excès contraire, et les indications

de cette opération ne pourraient-elles pas être quelque peu élargies ?

Telle est, après une étude d'ensemble de la question, le point dont nous nous proposons de tenter une étude un peu approfondie.

Une revue d'ensemble de ce sujet, né tout entier en Allemagne, les indications de cette opération surtout pratiquée en ce pays, les discussions et études nombreuses dont elle y a été l'objet, la comparaison enfin à laquelle nous voulons nous livrer, nous ont rendu obligatoire, dans les ouvrages allemands, des recherches et des traductions étendues.

Nous nous sommes en premier lieu enquis des travaux de l'auteur lui-même, pour nous adresser en second lieu à ceux de ses partisans et détracteurs en Allemagne d'abord, puis en France.

Nous nous occuperons donc d'étudier la question d'après l'auteur lui-même, puis de voir les appréciations de sa méthode, et par les auteurs allemands, et par les auteurs français. Ce procédé nous permettra, les faits classés sous les yeux, de pouvoir établir enfin un parallèle avec plus de netteté.

Notre plan sera donc :

I. LA CÉSARIENNE VAGINALE D'APRÈS L'AUTEUR.

A) *Historique.*

B) *Droits de priorité.*

C) *Ses indications.* (Voir plan détaillé page 15, cancer, éclampsie, maladies de cœur, etc.)

D) 1° *La césarienne vaginale conservatrice.* — *Sa technique.* — *Ses avantages.*

2° *La césarienne vaginale radicale. — Sa technique.*

E) *Modifications de l'opération. — Critiques de ces modifications.*

F) *Statistique de Dührssen.*

II. LA CÉSARIENNE VAGINALE D'APRÈS LES AUTEURS
(allemands principalement).

*La césarienne vaginale dans le placenta prævia en
Allemagne.*

III. LA CÉSARIENNE VAGINALE EN FRANCE.

IV. QUAND FAUT-IL PRATIQUER LA CÉSARIENNE VAGINALE?

V. RÉSULTATS DONNÉS PAR L'OPÉRATION.

VI. OBSERVATIONS.

VII. CONCLUSIONS.

VIII. BIBLIOGRAPHIE.

La césarienne vaginale d'après l'auteur

Dührssen qui, nous le verrons, trouvera de multiples indications à son opération, la résume en quelques mots, nous la présentant sous l'aspect d'une intervention de toute simplicité :

« Une ouverture dans le vagin, dans le segment inférieur, une rapide version, pour surmonter les obstacles des parties molles, et l'enfant est amené hors des voies génitales en quelques minutes. »

A) HISTORIQUE

L'idée première de cette méthode opératoire employée en 1896, pour la première fois, prenait naissance quelques dix ans auparavant.

Dührssen en effet commence sa monographie de 1906 en ces mots :

« En 1887 déjà, je montrais comment on pouvait rapidement, chez les primipares dont la partie supravaginale seulement du col était effacée, amener un enfant au monde, et je montrais aussi comment dans l'éclampsie, rapidement encore, on pouvait évacuer l'utérus, et avoir une guérison immédiate.

Il suffisait après s'être aidé d'une incision périnéale pour vaincre la résistance du 1/3 inférieur du vagin d'en faire également une dans la portion intra-vaginale du col.

J'ajoutai ne courir, grâce à mes incisions « jusqu'à l'insertion de la voûte vaginale » sur le col, aucun risque de déchirure, je les montrai sans danger aucun, dans notre ère antiseptique et repoussai dès lors les anciennes méthodes de mise à l'époque pré-antiseptique. Quant aux hémorragies possibles après l'évacuation utérine, mon tamponnement utéro-vaginal les apaise facilement.

Je ne repoussais pas totalement la dilatation artificielle ; mais restaient les cas où un ballon dilatateur ne pouvait être introduit ou ne donnait pas de résultats, ou enfin les cas où il fallait agir très vite.

Après avoir souvent pratiqué des incisions du col chez des parturientes, je fus bientôt amené, aidé en cela par l'idée de la cœliotomie vaginale antérieure, à la conception de la césarienne vaginale. »

Et Dührssen tente, quoique ayant perfectionné, en concevant la césarienne vaginale, sa méthode des incisions du col, de maintenir à la seconde comme à la première opération de bonnes raisons d'être.

A Hofmeier, qui rapporte un insuccès (sténose cicatricielle) pour critiquer les incisions, il répond : n'avoir jamais constaté de sténose cicatricielle à la suite de ses interventions ; il lui reproche, pour un cas d'hémorragie dans une césarienne, d'avoir probablement mené trop loin son incision, et d'avoir d'ailleurs pratiqué l'opération dans un cas où la perforation

était indiquée ; puis il cite de ses défenseurs dont nous rapportons les propres termes.

Simon : « Dührssen garde le grand mérite d'avoir, en introduisant de plus en plus des opérations dans l'obstétrique, montré une nouvelle route à suivre. »

Et *Bumm* : « L'obstétrique prend de plus en plus une voie chirurgicale. Au lieu d'attendre l'action des forces de la nature, on sait que dans une séance et avec une anesthésie on peut, selon les règles de l'art, tout remettre en ordre »..... « cette méthode d'incision permet le libre accès et la libre sortie en et hors de ces tissus..... C'est là le mérite de Dührssen. »

C'est ensuite *Bröse* (et l'auteur) qui ont retiré des incisions du col les meilleurs avantages pour pouvoir exécuter les versions prophylactiques par exemple au moment opportun, sans crainte de déchirures, et avec la plus grande facilité. Nous verrons chap. IV que, dans ces cas, la césarienne vaginale nous semble assez rarement indiquée.

Et Dührssen de reprendre : « J'accorde à Hofmeir les dangers d'hémorragie, si on fait mal ses incisions ; il en faut faire quatre comme je l'indique, ou si l'on veut s'en tenir à deux, il les faut mener plus haut et l'on retombe dans la césarienne vaginale. »

« Elle est d'ailleurs d'une facilité idéale dans ces cas de bon effacement supra-vaginal : le Douglas et la vessie sont décollés par avance. »

Et déjà l'auteur ajoute, voulant sans doute gazer quelque peu ces appréciations de Bumm qui semblent par trop interventionnistes :

« Je n'ai cependant jamais sacrifié les autres mé-

thodes de dilatation à la dilatation sanglante ! Il faut voir d'abord si la dilatation artificielle est praticable. Mais en tous cas, il n'est pas permis actuellement, ayant en mains une opération typique aussi sûre et bénigne que la césarienne vaginale, de laisser mourir un enfant ou de perforer pour sauver la mère. » Et plus loin : « On m'a reproché de trop opérer, j'admets l'expectative, mais quand elle est nécessaire je réclame la méthode active qui évite à l'enfant les risques d'un accouchement forcé. Je trouve à l'Asile d'idiots de Dalldorfer 0,9 % de ces tarés mis au monde par opération, et 5,15 % au contraire étant nés par accouchements spontanés ! »

Dührssen parle également de son incision périnéale soit sagittale, soit menée perpendiculairement au milieu de la grande lèvre droite, et il la conseille chaque fois que les voies génitales n'admettent pas le poing. « Les avantages en sont nombreux, alors qu'elle ne laisse aucune trace, surtout faite sagittalement : le champ opératoire est bien élargi et les sutures beaucoup facilitées. »

L'auteur insiste d'autant plus sur cette incision accessoire, que son intervention lui fut contestée par Schuchardt et rapportée à ce dernier par bien des auteurs. Il en avait été de même, mais à tort semble-t-il, pour la césarienne vaginale elle-même.

B) DROITS DE PRIORITÉ

Accouci, en effet, écrivit de son vivant, et cette polémique reprit à sa mort :

« Comme j'ai fait cette opération le 4 juillet 1895,

et que la première césarienne vaginale a été faite par Dührssen le 24 avril 96, je revendique par cette notice la priorité de cette opération. »

Le 1^{er} avril 95, dans un cas d'éclampsie, Dührssen proposait l'évacuation de l'utérus par une incision de la paroi vaginale antérieure, du col et du segment inférieur. Le 24 avril, il faisait la première césarienne vaginale, présentant le 29 mai la mère et l'enfant en pleine santé à la Société chirurgicale allemande. Il faisait enfin paraître sa monographie « La césarienne vaginale » en juillet.

Il y décrivait nettement :

1° Une césarienne vaginale conservatrice, à rapprocher de la césarienne conservatrice de Säger.

2° Une césarienne vaginale radicale, véritable opération de Porro « par voie vaginale ».

Ayant lu les polémiques à ce sujet, il en ressort bien que :

Cette dernière seule pourrait être revendiquée par Accouci et encore s'est-il servi pour l'évacuation de l'utérus d'une méthode décrite par Dührssen trois mois auparavant ! Aussi écrit-il dans le dernier article à ce propos :

« Je prétends donc avoir fait le premier cette opération, tandis qu'Accouci exécutait une espèce d'opération de Porro par voie vaginale (procédé connu) et encore en évacuant l'utérus comme je l'avais recommandé auparavant.

« On m'a d'ailleurs rendu raison lors de mes nouvelles protestations, quand à la mort d'Accouci, on disait lui être redevable de cette intervention. »

c) SES INDICATIONS

Le très grand nombre des indications de la césarienne vaginale, que lui ont trouvé les Allemands, nous explique un peu les non moins nombreux articles de Dührssen, de ses partisans, de ses détracteurs, pour lui reconnaître ou lui refuser la priorité de l'opération étudiée.

L'auteur lui-même (nous verrons les jugements des autres gynécologues et accoucheurs d'Allemagne au chap. II) la conseille dans les cas :

- | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------|
| 1° de danger pour la mère par anomalies du col et du segment supérieur. | { | Cancers. | | |
| | | Sténoses. | | |
| | | Myomes. | | |
| | | Tumeurs ovariennes, | | |
| | | etc., etc. | | |
| 2° de danger de la mère où l'évacuation de l'utérus amènerait une guérison ou une amélioration. | { | Maladies du cœur. | | |
| | | — des poumons. | | |
| | | — des reins. | | |
| | | — éclampsie. | | |
| | | Décollement du placenta normalement inséré et placenta prævia. | | |
| 3° de mère agonisante ou morte (les césariennes abdominale et vaginale). | { | dilatation | { | faiblesse de |
| | | insuffisante | | contractions |
| 4° de danger pour l'enfant (sans danger pour la mère). | { | longue durée de l'accouchement | { | bassins aplatis |
| | | compression | | du cordon |
| | | | | du placenta |
| | | insertion vélamenteuse, etc. | | |

Et il ajoute :

« Les cas 2° et 3° dans les cas seulement où le col est fermé et non dilatable » sans le spécifier pour les autres.

Dans le *cancer*, Dührssen conseille son opération (variété radicale) dès le diagnostic fait, et vante la possibilité de pouvoir faire à toute époque de la grossesse ou de l'accouchement, sans aucune activité utérine, par les voies vaginales, l'extraction de l'enfant puis celle de l'utérus malade.

Dans les *myomes* il recommande l'expectative d'abord. Si l'expulsion du myome enclavé dans le bassin ne se produit pas, avoir alors recours ou à l'énucléation ou au morcellement par une colpotomie ou antérieure ou postérieure. Profiter ensuite des ouvertures faites pour extraire par une version bien facile, le fœtus. Ce procédé permet en outre de traiter facilement la région où reposait le myome, ou si cela est jugé nécessaire d'extirper l'utérus en faisant une césarienne vaginale radicale (voir technique, paragraphe D).

Dans le cas de *tumeur ovarienne* (observation de Petersen) dans le Douglas par exemple, empêchant l'accouchement, une colpotomie postérieure, deux incisions profondes jusque dans le paramétrium et une extraction au forceps permirent de terminer heureusement l'accouchement. Avec Krœmer, Dührssen eût préféré ou quatre incisions dans la portion intravaginale du col et l'hystérotomie postérieure, si elle avait été nécessaire ou la césarienne vaginale typique.

Les maladies de cœur qui, nous le verrons au dernier chapitre, forment une des indications de la césarienne vaginale en France, sont parfois justiciables à raison de ce traitement. Il en est un peu de même des *maladies du poumon*.

« On peut aussi songer, dit-il, à l'accouchement prématuré artificiel lorsque l'on a des raisons de redouter à peu près sûrement la mort de la mère avant la date de l'accouchement. Mais dès qu'on constate la moindre altération du rythme fœtal, c'est à la méthode sanglante qu'il faut s'adresser. D'ailleurs poursuit-il, on évite ainsi toutes les douleurs d'enfantement qui ne sont pas sans agir sur ces affections à retentissement circulatoire et respiratoire surtout.

Où alors veut-on tenter une thérapeutique moins active ? On provoquera par la rupture de la poche des eaux la mise en travail, quitte à intervenir par la césarienne vaginale si une exagération de la dyspnée ou de la faiblesse du cœur survient au moment des douleurs.

Et là, pas de fausse sentimentalité ! Dès les premiers signes de mauvais état de la mère ou de l'enfant : intervention. Pas de césarienne abdominale (sauf évidemment dans le cas de bassins par trop étroits) ; nous verrons au paragraphe 3 de ce même chapitre C, comment Dührssen la condamne.

Arrivons à la plus grosse indication donnée par Dührssen pour son opération et voyons-là en détail, car nous proposons déjà de la combattre en notre chapitre IV. Je veux parler de l'éclampsie.

Eclampsie.— En 1906, Dührssen écrit : « La césarienne vaginale est un traitement de l'éclampsie que je recommande depuis quatorze ans et qui a donné de meilleurs résultats que toute autre intervention à caractère plus expectatif ! On a fait, ces cinq dernières années, quarante césariennes classiques pour éclampsie, où il eût fallu (les accouchements postérieurs prouvent son innocuité) faire des vaginales. Je n'admets la classique que quand avec l'éclampsie il y a coexistence d'un bassin à diamètre plus petit que $7\frac{1}{2}$ à 8 centimètres.

La thérapeutique de l'éclampsie est souvent trop expectative et des esprits étroits et craintifs redoutent trop la fièvre puerpérale après la moindre intervention ! Pas de demi-mesure. Nous voyons les succès obtenus dans les cas de cancer et l'asepsie et l'antisepsie ne nous préviennent-elles pas des dangers des opérations ? S'il faut une certaine retenue pour les inventions nouvelles, encore en faut-il dans la critique, surtout quand on a à opposer que des raisons fausses ou peu sérieuses ! Notre avis est d'ailleurs partagé en Hollande. Nous savons que le traitement de l'éclampsie est encore le point noir de l'obstétrique actuelle.

Fritsch ne constate sur ce point aucun progrès dans les vingt-cinq dernières années et accuse le traitement par les narcotiques, d'avoir causé bien des décès tandis que Olshausen et Weit préconisent le traitement par la morphine et rejettent les incisions cervicales profondes ; mais ils le font en s'appuyant sur une erreur. Ils ont confondu deux de mes statistiques.

Une de six cas graves où j'ai vu disparaître les attaques, où toutes les mères ont été sauvées et où je n'ai perdu qu'un enfant déjà en mauvais état, qui avait degluti du méconium.

Une de 194 cas traités depuis 1880 par les narcotiques que j'opposais à la première.

J'obtiens 93,75 % de succès en opérant et 78,9 % seulement par les accouchements spontanés, il était donc bien logique de ma part de recommander l'opération si bénigne dès la première attaque d'éclampsie. J'avais d'ailleurs bon nombre de cas traités auparavant par les incisions profondes du col.

M'objecte-t-on le petit nombre de cas que j'apporte ? J'en ai vu de nombreux depuis qu'ils ne font que me confirmer dans mes principes.

Zweifel ne dit-il pas dans son nouvel ouvrage : « Je considère comme un devoir d'employer la nouvelle méthode active du traitement de l'éclampsie et ceci en me fondant sur des chiffres, alors même que pour un praticien il y a toujours de la responsabilité à employer une nouvelle thérapeutique ». A noter que cet auteur trouve mon incision périnéale inutile, mais aussi le bon conseil qu'il donne de sectionner le col entre deux pinces.

Fritsch, dont le pessimisme actuel n'est pas sans m'en étonner, n'écrivait-il pas : « Comme on doit prévenir tout retour d'attaque éclampsique, le procédé qui évacuera le plus vite l'utérus sera le vrai !

« Que de victimes doit avoir fait le traitement par les narcotiques ! C'est encore ajouter des poisons à

un organisme déjà intoxiqué. Les bains sont un traitement de l'urémie. Ils peuvent prévenir l'éclampsie et non la guérir. Il faut vider l'utérus, comme permet de le faire l'opération de Dührssen, préférable à la classique praticable seulement dans un hôpital. L'hémorragie possible est facilement apaisée par le tamponnement ». Dührssen ne l'oublions pas, envisage jusqu'ici l'intervention comme traitement dans l'intérêt de la mère ! Il poursuit : « Envisage-t-on l'intérêt de l'enfant ? » Schröder n'est pas partisan de l'opération, le pronostic ne lui étant pas favorable !

« A cela je répondrai que s'il ne l'est pas, c'est parce qu'on attend trop longtemps. L'enfant meurt par manque d'oxygène, par absorption des toxines éclamptiques et narcotiques, alors qu'on a en mains un moyen aussi anodin que les incisions profondes du col !

Olshausen et Weit n'en sont pas non plus partisans, mais ils croient qu'on ne doit les pratiquer qu'après l'apparition des douleurs et la dilatation de la partie supra vaginale du col qu'elles entraînent !

Mais ces auteurs ont bien changé d'avis !! Olshausen en vient à mes idées dans son ouvrage de 1902, et Weit en 1905 ayant 1 décès sur 33 cas d'éclampsie traités par la césarienne vaginale est un des partisans les plus convaincus ; ils ne reprochent plus à cette intervention d'augmenter encore le nombre des accouchements forcés !!

N'ont-ils pas opéré en cas de cancer et grossesse avec succès, et il n'y avait là ni douleur en train ni dilatation supra vaginale préalable. L'indication de

cette opération n'est que plus marquée quand le col reste totalement imperméable !

Ce serait folie de laisser mourir la mère et l'enfant dans l'éclampsie, dans les hémorragies, etc... quand on peut l'éviter si simplement.

Je ne nie pas cependant qu'on ne puisse parfois chez des primipares par des incisions profondes, chez les multipares par des dilatations artificielles (procédés plus simples) arriver à un résultat.

Mais qu'on ne présente pas comme dernièrement, avec les progrès actuels de l'asepsie, des statistiques de 40,9 % d'accouchements au forceps et qu'on n'entende plus dire qu'il vaut mieux, dans le cas d'échec du forceps, laisser mourir l'enfant plutôt que de courir les risques d'une déchirure du col !!

Avec les incisions profondes, on n'a pas de tels accidents. Avant Schröder, on pratiquait des semblants d'incisions qui, elles, étaient le point de départ de déchirures ! On en a encore moins avec la césarienne vaginale ; et presque toujours, ici, nous avons à faire à des enfants avant terme.

Bien des auteurs, Bumm et autres partagent notre avis et ne veulent plus ni dilatation artificielle ni césarienne classique (sauf en cas de bassin très étroit). Zweifel, nous le verrons au chapitre II, avait une mortalité deux fois plus forte avant l'emploi de la césarienne vaginale, alors qu'il traitait l'éclampsie par les « narcotiques ».

Des auteurs reculant devant la césarienne vaginale ont voulu voir dans la méthode de Bossi un bon moyen de dilatation dans l'éclampsie. Nous repro-

duirons à l'article « Avis des différents auteurs allemands sur la césarienne vaginale » le parallèle qu'ils font entre les deux méthodes et ce qu'en dit Dürrssen.

En restant au chapitre éclampsie, qu'il nous suffise ici de le citer à ce propos : « Sur 26 éclampsies traitées par la méthode de Bossi, nous enregistrons 10 décès cependant que Weit a 1 mort, « et par pneumonie » sur 33 cas traités par la césarienne vaginale, soit 13 fois plus avec la méthode de Bossi. C'est de l'insouciance criminelle que d'employer une pareille méthode à l'heure actuelle, et encore il s'agit là d'une statistique de clinique. Qu'eût-elle été chez de simples praticiens ?

Qu'on ne dise pas que les cas d'Olshausen étaient graves et ceux de Weit bénins. Les premiers ont été mal traités ; la méthode de Bossi expose aux déchirures.

Dürrssen n'admet pas plus les dilatations de Bossi ou autres dans le décollement prématuré du placenta et surtout dans le placenta prævia. On a voulu reprocher à la césarienne vaginale d'être en quelque sorte un accouchement forcé. Ces dilatations à faire rapidement le seraient plutôt, dit-il, mais non la césarienne qui, elle, n'a rien de brusque.

Olshausen et Weit lui faisaient ce reproche et disaient : « Nous ne recommandons pas la césarienne vaginale quand le col est fermé et que l'accouchement immédiat est nécessaire ! Nous lui préférons la césarienne classique, si bien réglée, etc...

« La dilatation par le ballon de Champetier de Riles surtout, ajouté à la traction sur le ballon gonflé de

Maurer, peut être une bonne méthode. Les dilata-tions métalliques de Bossi, Tarnier et Muller ne jouissent pas d'une grande considération. »

Mon opération n'a rien de forcé, on fait les incisions nécessaires, sous le contrôle de la vue. Pas de déchirures dangereuses et difficilement visibles après des efforts de dilatation plus ou moins couronnés de succès et plus ou moins longs.

Dans le *décollement prématuré du placenta* normalement inséré, il faut agir vite et je préconise là aussi mon opération. Des expériences répétées me mettent en droit de le faire, j'en dirai presque autant pour les cas de :

Placenta prævia. — Devant cette affection, on est aussi pas mal désarmé. Cependant, dans son traitement, la version mixte et la dilatation artificielle ont fait leur preuves.

Bumm est intervenu 4 fois pour des hémorragies de ce genre. Les 4 fois le canal cervical était entièrement conservé. Dans trois il y avait eu des pertes de sang considérables; les enfants étaient, au 6^e et au 7^e mois, morts. Dans le 4^e il s'agissait d'une grossesse de 9 mois. L'enfant vit.

L'hémorragie des bords de la plaie est assez peu intense quoique intéressant la région placentaire. Il suffit de pincer quelques artères. La suture apaise ce qui reste. J'ai toujours eu pendant l'opération une sécurité absolue à ce sujet et l'on peut, je crois, sauver une femme qui aurait fait des pertes même considérables. J'ai eu par contre une hémorragie mortelle lors d'une tentative de dilatation par ballons.

La césarienne classique nécessiterait des plaies plus considérables et un tamponnement plus laborieux.

L'enfant vit-il, n'a-t-il pas encore trop souffert? La version exposerait à de secondes hémorragies par déchirures nouvelles du col. Le laisser en place, c'est le laisser en grand danger.

Il semble donc logique, surtout si l'on tient beaucoup à sauver l'enfant, d'employer la césarienne vaginale. Dans l'intérêt de la mère seule elle donne aussi de bons résultats : dernièrement encore la césarienne vaginale m'a amené un succès dans un cas de placenta prævia avec fortes hémorragies au 5^e mois. Le col rigide l'était resté malgré des tamponnements et la mise de tiges de laminaire.

Chez une *mère à l'agonie ou mourante, ou morte* (il n'est question naturellement que d'un enfant vivant ou viable), on fait beaucoup la césarienne abdominale. C'est à tort.

Quelle différence de gravité entre l'une, abdominale nécessitant des sections et des manœuvres en plein péritoine et la seconde toute en dedans du péritoine, rapide, etc.

Qui a vu les deux opérations est obligé de se prononcer pour la vaginale, bien plus simple. Survient-il une hémorragie par atonie (je ne parle pas des sections du segment inférieur qui saignent très peu, bien moins que celles du corps), on peut, à l'aide de larges spéculums, introduire de grandes quantités de gaze qui, à la moindre contraction utérine (qu'elles provoquent d'ailleurs), arrêteront l'hémorragie d'une façon définitive.

La vaginale n'a d'ailleurs pas le côté effrayant de la césarienne classique, elle se fait par les voies naturelles, semble moins inhumaine à l'entourage tout en étant en même temps moins dangereuse ; on peut obtenir relativement facilement le consentement de la malade ; on ne l'obtient souvent pas pour la césarienne classique et on attend alors pour opérer que la parturiente soit sans connaissance, et encore a-t-on le droit de le faire ?

On est souvent embarrassé d'ailleurs pour affirmer « absolument » la mort prochaine d'une malade, si fatale soit-elle ; dans le cas d'intervention l'issue malheureuse sera cependant à coup sûr mise sur le compte de l'opération. Si la malade n'en est pas à cette extrémité le médecin pourra sauver deux êtres.

Et Dührssen nous conte avoir mis en pratique souvent cette indication chez les cardiaques ; il s'étonne de voir d'autres auteurs, Meyer, Ruegg par exemple, et Fütth, n'en pas parler. Et il faut cependant, termine-t-il, quand on décide l'opération, avoir des motifs très sérieux, vu la simplicité de la vaginale pour lui préférer la classique.

Tout ceci en dehors des responsabilités qu'encourent les médecins et des poursuites auxquelles ils peuvent s'exposer ! V. Ott, opérant sur le cadavre, ne voit-il pas pendant l'opération sa malade respirer à nouveau ? Il s'agissait d'une inondation du 4^e ventricule et les troubles fonctionnels s'amendèrent un instant pendant l'opération par suite de l'abaissement de la pression sanguine.

L'une et l'autre au point de vue jour opératoire

même, sont à égaliser. On a toujours une ouverture de forme ellipsoïde, et celle du col et du segment inférieur ne saigne pas et est extra-péritonéale !

Nous avons eu jusqu'ici, en vue des indications motivées par l'état de danger de la mère surtout, l'intérêt de l'enfant s'y ajoutant il est vrai.

Mais il est encore des cas de souffrance de l'enfant, la mère n'étant pas en cause, que Dührssen envisage :
« *La dilatation par exemple se fait mal.* »

La dilatation artificielle a échoué ; restent les incisions profondes du col ou la césarienne vaginale.

La partie intra-vaginale du col forme un bourrelet plus ou moins saillant en avant.

Si après, mise du spéculum, il est bien en vue, profondément situé, descendant dans le petit bassin, je conseille les incisions.

La tête est-elle haute, il faudrait encore ensuite faire une application de forceps au détroit supérieur, toujours difficile ; je préfère alors la césarienne vaginale. Elle permet de plus de faire une version qui ne serait pas sans danger dans un segment inférieur distendu.

Ces cas de mauvaises dilatations sont encore assez fréquents. Il faut y faire rentrer *la faiblesse de contraction primitive* des vieilles ou très jeunes primipares ;

Les *faiblesses de contraction secondaire* par suite de résistances anormales ;

Enfin les cas de *bassins aplatis avec indication de version*.

On peut la faire avec la césarienne vaginale au mo-

ment opportun. Si on attend la dilatation ou bien la tête peut être fixée et la version devient dangereuse, ou bien l'enfant a déjà trop souffert.

En intervenant à temps au contraire la version est des plus faciles et dans ces conditions il n'est plus permis de laisser par *longue durée de l'accouchement*, par *compression du cordon* ou du *placenta* un enfant être en souffrance.

D) 1° LA CÉSARIENNE. VAGINALE CONSERVATRICE.

SA TECHNIQUE. SES AVANTAGES

Les indications principales de l'opération données, voyons son exécution.

L'intestin et la vessie seront évacués par un grand lavement et un sondage.

On fera une désinfection soignée de la vulve, qui sera rasée, de ses environs, ainsi que du vagin.

Il sera bon de faire une injection d'ergotine qui assurera d'abord peu d'écoulement sanguin pendant l'opération et une bonne contraction de l'utérus après sa fin.

L'auteur conseille également, chez les primipares surtout, une incision périnéale du côté droit. Les voies vaginales pour la bonne exécution de l'opération et pour l'extraction facile du fœtus, doivent admettre un bon poing d'homme.

Le releveur de l'anus étant ainsi sectionné on sera beaucoup plus à l'aise ; de larges spéculums pourront être introduits qui feront déjà l'hémostase par leur pression et éviteront, à défaut d'un aide, bien des petites ligatures.

Ceci étant fait :

1° On placera deux pinces de chaque côté du col que l'on remplacera bientôt par deux fils tracteurs le transperçant ;

2° La lèvre postérieure du col est sectionnée jusqu'à l'insertion vaginale. La paroi vaginale elle-même est intéressée sur une hauteur d'environ quatre centimètres. Un large spéculum introduit dans cette brèche permet de décoller le Douglas de la paroi postérieure du col ou du corps ;

3° Même manœuvre pour la lèvre antérieure. Les parois antérieures et postérieures de l'utérus étant ainsi libérées sur une hauteur d'environ six centimètres par quelques coups de ciseaux ;

4° On incise rapidement l'utérus d'abord en arrière puis en avant. (Zweifel conseille de le faire entre deux pinces.

L'ouverture ainsi obtenue doit admettre un poing d'homme. La poche des eaux y bombe fortement ;

5° On la rompt, on saisit un pied, et on extrait l'enfant.

L'utérus se contracte-t-il on laissera se faire la délivrance.

Y a-t-il atonie, on pratiquera la délivrance artificielle qu'on fera suivre d'un tamponnement. Il sera très facile, vu la grande ouverture utérine et la possibilité d'introduire les spéculums jusque dans la cavité même de l'organe ;

6° *Sutures*. — Les deux fils passés dans le col rendent alors de bons services. Par une traction on

amène jusqu'à la vulve les incisions pratiquées et dans le vagin et dans l'utérus.

Des points séparés, noués du côté de la muqueuse cervicale, fermeront la plaie de la paroi utérine postérieure.

Manuel opératoire analogue pour la paroi antérieure. Ses points seront noués en avant, sur la face antérieure.

Les deux plaies vaginales seront alors traitées par un surjet en ménageant toutefois un petit orifice près de l'utérus en avant et en arrière.

Par ces orifices seront introduites de petites mèches de gaze dans les espaces anté et rétro-utérins qui en assureront le drainage.

Elles seront enlevées de 5 à 24 h. après ainsi que le tamponnement intra-utérin.

S'est-on aidé d'une incision périnéale, la suture des parois vaginales par un surjet, celle de la plaie périnéale par des points profonds à la soie termineront l'opération.

Ces derniers seront enlevés de 8 à 10 jours après. Pour tout le reste, le traitement est identiquement semblable à celui d'une femme en couches normales ; il en est de même de l'état subjectif de la malade.

Si compliquée que paraisse cette description, la césarienne vaginale n'en est pas moins une opération d'une simplicité héroïque et d'une exécution très rapide : 5 minutes après le début de l'intervention l'enfant est dans les mains du chirurgien.

Le décollement du péritoine en avant et en arrière

se fait en effet avec grande simplicité, la grossesse ayant amené une grande laxité dans les tissus conjonctifs de ces régions.

Le péritoine reste complètement indemne, je l'ai montré pièces en main, sur l'utérus d'une femme cardiaque opérée à l'agonie, primipare, et dont l'enfant nous fut en main au bout de 6 minutes.

Ce ramollissement du tissu conjonctif sous-péritonéal vient-il à manquer (comme dans un cas personnel) à la suite d'un état anormal du col, d'une induration cicatricielle, on ouvrira simplement le Douglas et le cul-de-sac antérieur. La moindre trace d'infection seule ferait hésiter à le faire et encore ces incisions seraient bien moins dangereuses que celles que nécessite dans le péritoine la césarienne classique. Il y aurait lieu de chercher alors non plus à ouvrir, mais à cliver à coup de ciseaux entre l'utérus et le péritoine.

Les plaies vaginales saignent peu, les utérines saignent plus mais elles sont soumises de suite et à la pression par la main, par le bras de l'opérateur, enfin par le corps de l'enfant.

Pour la suite la suture fera cesser tout écoulement sanguin.

Se trouve-t-on face à face avec une atonie très grave. Il suffit de prolonger ses incisions jusqu'à fendre l'utérus en deux et l'hystérectomie vaginale se fait avec grande rapidité.

Que cette crainte ne nous détourne donc d'aucune

indication de la césarienne vaginale, elle est dans ce cas encore, préférable à l'abdominale.

On assiste, en effet, dans celle-ci en cas d'hémorragie, un certain temps au suintement sanguin avant de décider l'opération de Porro. Dans la première le tamponnement est toujours immédiat. Et chez des malades déjà très anémiées ce n'est pas sans importance. On voit d'ailleurs facilement toute goutte de sang qui s'écoule, on se rend bien compte de la contractilité utérine, on peut enfin avoir recours à un second tamponnement. Je laisse dans ce cas les plaies non suturées pour le pouvoir évacuer facilement. Mes fils sont passés et non noués (je bourre le vagin de gaze iodoformé).

Après l'évacuation je les noue et je renouvelle les mèches des culs-de-sac. J'évite ainsi une seconde anesthésie à la malade.

Le danger de l'infection septique n'est pas plus grand que dans les autres opérations d'obstétrique et dans une bonne installation il est nul.

Dans le cas d'utérus infecté antérieurement il y a moins de danger que dans la césarienne abdominale : 1°) le ventre n'est pas ouvert ; 2°) les plaies peuvent être laissées ouvertes et drainées très largement.

Reste toujours la ressource (où en plus on y serait autorisé par l'âge, une maladie grave, par de nombreuses grossesses antérieures), de combattre complètement la source de l'infection en enlevant l'utérus par le vagin après l'avoir évacué.

Döderlein l'a fait avec succès chez une femme de

38 ans, 11 fois mère, ayant du prolapsus, de l'infection septique et des escarres de décubitus au début.

On a beaucoup écrit et discuté sur les inconvénients des « *cicatrices pour les naissances à venir* ! En suivant les opérées, les cicatrices amènent dans le col et les parois vaginales des changements si minimes, qu'un profane ne penserait même pas que la malade a subi une intervention. »

Nous avons déjà cité au chapitre priorité : Dührssen obtenant chez une opérée trois ans auparavant, une dilatation et une extraction par version (d'un enfant du sexe féminin placé transversalement) relativement facilement.

Wennerström voit, deux ans après une césarienne vaginale un accouchement normal. Jérie nous conte une naissance spontanée dans les cliniques de Pawlick deux ans après la même opération pour éclampsie.

Une naissance nouvelle peut donc, après une césarienne vaginale, et quoiqu'en dise Labhardt, avoir un cours très normal. On ne peut pas à ce sujet établir de comparaison entre les cicatrices des césariennes abdominale et vaginale.

Et d'ailleurs quelles sont les causes capables d'amener une rupture de cicatrices de césarienne ?

1° Les mauvaises sutures ;

2° L'infection septique ;

3° L'insertion du placenta sur la cicatrice (Guillaume, Ewerck, Meyer, Ekstein) ;

4° La trop grande distension utérine (par des jumeaux par ex.)

1° Ewerck recommande de suturer et les couches musculaires et la caduque par des points profonds.

Je m'explique très bien la formation de lacunes même avec une suture fermant bien au début, dans les cicatrices. Par la contraction et la rétraction des couches musculaires, celles-ci se retirent entre les points et à ces endroits la réunion ne se fait qu'au niveau du péritoine et de la muqueuse. Je n'ai pas besoin de dire que ces inconvénients sont marqués surtout dans la césarienne abdominale qui intéresse le corps utérin lui-même aux couches musculaires épaisses, et pour ainsi dire pas les plaies du segment inférieur de la césarienne vaginale. De plus on opère, c'est le principe même de l'opération, sur un col qui n'a pas subi de modifications puerpérales et qui n'a donc pas d'involution dans les suites de couches. Autant que possible donc, dans notre opération, ne pas dépasser avec nos incisions les limites voulues;

2° L'infection est aussi moins à craindre et moins considérable dans la vaginale que dans l'abdominale, le drainage de la première étant bien plus parfaite;

3° Il va de soi que l'insertion placentaire sera beaucoup plus fréquente sur les cicatrices d'une césarienne abdominale que sur celles d'une vaginale et d'ailleurs, ici nous retombons dans le cas de *placenta prævia*;

4° J'en dirai autant des effets de la distension utérine sur le corps ou sur le segment inférieur! On s'efforcera donc de réunir exactement les bords des plaies et on créera ainsi des cicatrices complètes capables de résister lors d'un accouchement nouveau

— et on ne mettra pas, comme Leblhardt, les ruptures de cicatrices sur le compte de la césarienne vaginale.

Nous avons vu le mode de formation des lacunes Breus rapporte le cas d'une rupture de ce genre. Il existait une solution de continuité musculaire admettant un doigt!!

Dans les ruptures incomplètes suture-t-on toujours bien soigneusement jusqu'aux deux extrémités de la plaie? et que devient, sinon une lacune, l'orifice qu'on laisse pour assurer par une mèche ou un drain le drainage de la cavité des ligaments.

Aussi chez les multipares pas d'incision profonde atteignant l'orifice interne du col sans une bonne ouverture préalable des parois vaginales, c'est-à-dire pas de césarienne vaginale à moitié faite, mais exécutée d'un bout à l'autre selon ma technique.

Les incisions? faisons les chez des primipares, par exemple, dont la partie intra-vaginale du col ne s'efface pas, mais faisons-les si la portion supra-vaginale est bien effacée et seulement à cette condition. Les incisions simples ne peuvent rien à cette dernière portion, sinon être le point de départ (si elle n'est pas effacée) de grandes déchirures et dans cette dernière alternative, pas de demi-opération, mais la césarienne vaginale toute entière.

Et je vous mets en garde dès maintenant contre les multiples incisions du col recommandées par Meyer Ruegg et aussi contre la méthode de Bossi! Celle-ci amène bien les ruptures de cicatrices que Leblhardt mettait tout à l'heure sur le compte de la césarienne vaginale. Il se fait de petites déchirures

qui passent inaperçues. Dans la césarienne on suture immédiatement et exactement les plaies qu'on a faites volontairement et sous le contrôle de la vue. »

Et Dührssen cite des observations de Bardleben et de lui-même, de grossesses après césarienne vaginale, trois mois, sept mois après l'opération et sans aucun accident.

La césarienne peut laisser comme la colpotomie antérieure une adhérence de quelques centimètres entre la vessie et la paroi antérieure du col. Depuis dix ans et sur plus de 100 observations de ce genre je n'ai jamais vu de complication de ce fait. »

D) 2° LA CÉSARIENNE VAGINALE RADICALE ; SA TECHNIQUE

L'auteur entend sous ce titre le procédé par lequel, l'utérus aussitôt qu'il a été vidé, est extirpé par le vagin.

Il l'a préconisé surtout dans le cas de cancer de l'utérus gravide.

Après avoir enlevé à la curette la masse cancéreuse et avoir cautérisé au thermocautère on désinfecte soigneusement la vulve et le vagin. On prend avec des pinces et des fils tracteurs ce qui reste du col, on sectionne sur tout son pourtour la voute vaginale.

On agrandit l'ouverture du vagin par une incision verticale faite en avant. On décolle dans les espaces anté et rétro-utérin après avoir posé de larges spéculums. On incise enfin les parois utérines ainsi libérées en avant et en arrière (entre deux pinces comme

le conseille Zweifel — dans la conservatrice également).

Les pinces enlevées, on extrait et l'enfant et le placenta.

Puis ouvrant les culs-de-sac péritonéaux on poursuit les incisions en attirant avec des pinces peu à peu le fond de l'utérus, jusqu'à le sectionner en deux.

On extrait une moitié puis l'autre, on ligature les ligaments.

L'utérus une fois vidé, c'est donc l'hystérectomie vaginale de Muller en tous points.

Les tractions que l'on fait sur l'utérus diminuent bien le suintement sanguin.

Franqué craint celui qu'amène le curettage de la masse cancéreuse, mais il opéra sur un gros cancer en choux-fleur intéressant tout le parametrium. C'était un peu un cas impropre à la césarienne vaginale, recommandée surtout pour les néoplasmes du col.

A noter que cette dernière évite plus que l'abdominale, et Wertheim partage bien notre avis, les transplantations possibles de germes cancéreux dans les plaies créées. »

E) MODIFICATIONS DE L'OPÉRATION ; CRITIQUES DE CES MODIFICATIONS

Nous verrons au chapitre II et III, les jugements des différents auteurs sur l'opération de Dührssen. Or plusieurs d'entre eux, qu'ils jugent l'opération en général, qu'ils la jugent dans certaines de ses indications seulement, le font, quoique n'ayant pas fait l'opération, d'une façon absolument typique.

Dürhssen de protester et semble-t-il avec assez de raisons. Voyons dès maintenant les quelques points de détail sur lesquels il insiste.

En cas de fièvre septique l'opération peut se compliquer au même titre que les autres, mais cependant beaucoup moins que les abdominales ; on peut d'ailleurs la faire suivre dans les cas graves d'une extirpation totale de l'utérus source de l'infection.

Au point de vue prophylactique elle l'évite souvent, car toutes ces manœuvres de dilatation par tiges de laminaires, bougies, dilatactions artificielles, tamponnements, qu'on devrait laisser un maximum de 6 heures deviennent passé ce temps des nids d'infection.

Beaucoup d'opérateurs parleront des hémorragies, Dürhssen leur oppose ceci :

Fait-on ses incisions profondes en nombre et en l'endroit qu'il indique, on ne peut atteindre les utérines situées plus haut et de côté, et il en est de même pour les rameaux vaginaux.

S'agit-il de la césarienne vaginale ? Il est des cas où la tête tombant dans le cul-de-sac antérieur ou postérieur, le col étant repoussé très en arrière ou derrière le pubis, il est même indiqué, parce que, obligatoire pour ainsi dire, de n'inciser l'utérus que ou en avant ou en arrière après avoir fait une incision en T du cul de sac vaginal. Est-on en présence d'une dilatation partielle sacciforme du segment inférieur qui tombe fortement dans un cul-de-sac, l'indication subsiste sans même inciser le col. Mais c'est à tort qu'on le fait dans d'autres cas. On a dit que l'opération

faite avec une seule incision était plus simple et plus rapide, c'est faux ! !

Avec une seule on a rarement une brèche suffisante; à plusieurs reprises on est obligé de mettre des pinces qui lachent et déchirent sur l'utérus, petites plaies qui donneront de grandes adhérences plus tard. Je ne parle pas du risque de pouvoir, durant ces manœuvres, blesser par exemple le bourrelet que forme la vessie.

Souvent il faut ouvrir le péritoine, souvent on l'ouvre malgré soi !

Enfin si, comme longueur de plaies il n'y pas grande différence, au moins la grande incision intéresse-t-elle des régions beaucoup plus richement vascularisées que le segment inférieur.

Ceci étant vu, les opérateurs se plaignent souvent des risques d'hémorragie.

Si l'on opère comme je le recommande en incisant où je l'indique et en tamponnant, non en suturant on vient à bout du suintement sanguin.

Je le répète : malheureusement des auteurs comme Bumm ont eu la chance d'avoir de beaux résultats tout en commettant ces errata opératoires et sont par suite imités. Mais ma règle est toujours la même et j'y persiste : « L'évacuation de l'utérus, la délivrance artificielle et le tamponnement sont pour moi une trinité indissoluble ». Le premier temps de l'opération doit déclancher les deux autres.

Quelques-uns cependant en reviennent à mes principes : Hammerschlag faisant autrefois sur les conseils de Bumm l'hystérotomie vaginale antérieure,

est maintenant de mon avis et reconnaît les deux incisions comme nécessaire ; alors on se trouve en face d'une ouverture ellipsoïde aussi grande, quoiqu'en dise Bumm, que celle que l'on obtient dans la césarienne classique, et d'un champ opératoire aussi commode.

F) STATISTIQUE DE DÜHRSSSEN

Dührssen donne à la fin de son article « la césarienne vaginale » qu'il a lui-même traité dans le gros ouvrage de Winckel, une statistique portant sur 248 cas de césariennes vaginales tant radicales que conservatrices.

248 cas	47 radicales	5 morts.
	201 conservatrices	28 morts.

Soit au total : 13,3 % de décès.

Sur les 5 cas (toutes anémiques)	1 par péritonite septique.
	2 par hémorragie, opération trop longue par mauvaise technique.

Sur les 28 de conservatrices	25 meurent de leurs mala- dies, malgré l'opération.	15 éclampsies 10 autres maladies (mal. de cœur, septicémies, pyélo- néphrite, etc.)	9 de Dührssen
			5 de Bumm
			1 de Veit
	1 infectée par trop nombreuses tentatives de dilatation.		
	1 par septicémie.		

Même en omettant ces cas sur le compte de l'opération, la mortalité n'arrive qu'à 1 %, c'est-à-dire

qu'elle est presque nulle. L'opération est sans danger.

Alors que les meilleures statistiques de césarienne classique données par Olshausen arrivent à 6 et 8 %.

Pour l'éclampsie, ce dernier, sur 34 cas de césarienne classique, a une mortalité de 53 %, dont 12 % par septicémie (la septicémie ne me donne que 2 %).

J'ai à y opposer 112 cas de vaginale également pour éclampsie (dont 22 de Bumm et 33 de Veit) avec 15 à 17 % de mortalité, et elle devrait être moindre car : 1° j'y fais rentrer 15 cas de Rühl et 10 faits en Amérique, où l'indication n'était pas nette ;

2° Je n'y compte pas 14 cas favorables de Krönig.

La mortalité de la césarienne vaginale est donc bien faible :

Veit, je le répète, sur 33 cas perd une malade opérée avec un début de pneumonie.

La septicémie me donne 2 % de décès au lieu de 12 % dans la césarienne classique, donc 5 ou 6 fois plus dangereuse.

Quatre cas de Bumm auraient encore été meilleurs s'il n'était pas resté fidèle à sa méthode de ne faire qu'une incision utérine antérieure, et (il l'avoue lui-même) si chaque fois il s'était aidé de l'incision périnéale.

Pendant le cours de l'accouchement, il est trop tard pour se décider à la faire ; l'enfant a déjà le tronc dehors, la tête ne passe pas ; on le laisse mourir ou on fait des déchirures. Sinon-même, dans les meilleurs cas, l'accouchement a quelque chose de forcé,

et s'il ne tue pas l'enfant il peut lui laisser des tares.

Quant aux césariennes vaginales radicales (pour cancer, la plupart du temps), que donnent-elles ?

Au moment où Dührssen écrit (1906) : Orthmann cite sur 41 cas survivants qu'il connaît, des récidives après cinq mois, mais aussi des cas opérés de deux ans, de trois ans et demi sans aucune récidive.

Et Dührssen terminait son article sur ces mots : « La césarienne vaginale est une opération d'obstétrique d'une telle importance qu'elle peut prendre la place de la césarienne classique, du forceps et de la version ».

Il est vrai d'ajouter que ses articles récents sont un peu moins enthousiastes :

Ci-dessous un résumé de la dernière monographie de Dührssen lui-même sur son opération (Gynack-Rundschaù) Heft 1, p. 1 1910.

L'auteur y défend la césarienne vaginale, qu'il a, croit-il, heureusement modifiée en combinant dans le cas où la métreuryse est insuffisante, cette dernière méthode avec l'hystérectomie vaginale.

La métreurynter-incision, comme il nomme cette combinaison nouvelle, a cet avantage que la métreuryse constitue son premier temps. Le col est-il extensible, la métreuryse suffit à produire la dilatation, l'ouverture suffisante pour une extraction commode de l'enfant et l'on n'a pas à exécuter le second acte; c'est-à-dire la section du col amené pas le métreurynter presque au voisinage de l'entrée du vagin.

Toute l'opération est d'une exécution facile, elle

peut être faite avec un seul assistant, une valve spéciale, un métreurynter, des ciseaux, une pince ! Tout médecin, pour peu qu'il sache de chirurgie, peut, avec l'assistance d'une sage-femme, la pratiquer à domicile, etc. Grâce à elle, il évitera des délabrements considérables et dangereux.

Suit la description. Elle consiste : 1° dans la tentative de résoudre les difficultés au moyen du métreurynter, puis : 2° la métreuryse étant insuffisante dans l'exécution de l'hystérotomie qu'on pratique sur le métreurynter : section de la lèvre antérieure du col de l'utérus, que l'on prolonge jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur, petite incision transversale de ce cul-de-sac antérieur de façon à pouvoir, autant qu'il faut, refouler la vessie, prolongation de l'incision première sur le paroi antérieure du vagin et prolongation de l'incision de la lèvre antérieure du col dans la portion supra-vaginale de ce dernier ; s'il le faut, jusque dans le segment inférieur de l'utérus ; si enfin la dilatation ainsi obtenue reste insuffisante, incision à son tour de la lèvre postérieure de l'utérus, etc.

Sont justiciables de cette méthode d'évacuation rapide de l'utérus : a) l'éclampsie ; b) le décollement prématuré du placenta, normalement inséré ; c) en général les cas nombreux où en dépit d'un travail long, l'orifice externe ne se dilate qu'insuffisamment, alors que la mère commence d'avoir de la fièvre, les doubles battements fœtaux de faiblir ».

Voilà certes une appréciation et des indications un peu moins forcées que lorsque Dührssen écrivait en

1906 son article sur la césarienne vaginale et la préconisait à peu près pour tous les cas et dès que l'accouchement semblait ne pas devoir s'effectuer avec une grande simplicité !!

L'auteur commence déjà maintenant par tenter d'abord la métreuryse, puis seulement la césarienne. Nous doutons encore que cette opération si simple, que la décrit Dührssen, puisse être effectuée à domicile avec l'assistance d'une sage-femme et quelques instruments !

Nous avons vu chez tous les auteurs la même remarque finale : « L'opération reste un procédé à employer dans les cliniques, avec l'asepsie voulue, le personnel nécessaire, etc... » et nous partageons cet avis.

A noter aussi que la petite incision transversale du cul-de-sac antérieur du vagin que Dührssen conseille maintenant, a depuis longtemps été employée. Le Professeur Fabre² qui, le premier en France, tenta la césarienne vaginale, avait déjà vu le grand avantage de cette petite modification et l'avait exécutée. On décolle grâce à elle très facilement dans l'espace anté-utérin ; la vessie et le péritoine peuvent être refoulées aussi haut que le nécessite la grandeur à donner à l'incision antérieure du col et du segment inférieur.

Dührssen en intervenant trop souvent encore d'après ce que nous verrons se rapproche donc de la notion qu'on se fait en France de son opération et de ses indications. Les autres auteurs étrangers, mais particulièrement allemands puis français, n'ont en effet, pas tous, une confiance aussi entière en

l'opération césarienne vaginale et ces derniers en plus grand nombre encore que les premiers, ne partagent pas le premier optimisme de Dührssen.

Ces différents jugements, la discussion de bien des indications de l'opération, constitueront notre second chapitre.

II

La césarienne vaginale d'après les auteurs (Allemands principalement)

Si quelques auteurs restent dans un camp moyen, comme le fit Fehling au congrès de Giessen de 1901 « et reconnaissent à Dührssen le mérite d'avoir au moins montré la possibilité d'un accouchement rapide tout en lui reprochant d'avoir peut-être voulu voir trop d'indications à son opération, »

d'autres tombent dans les excès et, ou l'attaquent, ou le soutiennent avec peut-être un peu trop de persuasion.

D'Alessandro partage tous les avis de Dührssen, il rapporte 15 cas publiés jusqu'alors avec une mortalité maternelle de 18,7 %.

La fœtale étant de 62,2 %, mais de 25 % seulement, si on ne compte que les enfants à terme.

Quant aux trois morts maternelles, il y eut deux cardiaques et une mort par collapsus (cancer utérin).

Bennecke rapporte le 1^{er} cas de cette opération faite en Allemagne, pour rétroversion d'utérus enclavé. Grossesse de 5 mois. Fœtus mort.

La longueur et la rigidité du col lui firent rejeter l'emploi des instruments métalliques (*Ilegar Bossi*) pour éviter de nombreuses déchirures.

La crainte de la contamination du péritoine lui fit rejeter la césarienne abdominale. Par la vaginale, il pouvait sans l'inciser, évacuer l'utérus.

L'opération fut faite sans hémorragie conséquente. La malade guérit et l'auteur en conclut qu'aucune autre méthode ne pouvait donner de meilleur résultat dans ce cas de non-perméabilité du cervix chez une femme dont on voulait conserver l'utérus.

Bumm ne suit pas exactement la technique de *Dührssen*. Il fait l'hystérotomie antérieure. Mais il la vante dans l'éclampsie dès la première attaque, dans les hémorragies, le placenta prævia, etc...

« Dans toutes ces affections nécessitant une dilatation rapide, elle est la seule méthode réellement bonne, dit-il, et le *Bossi* doit être totalement laissé de côté. »

« Cet appareil déchire plus qu'il ne dilate » a dit un auteur français, et ce mot résume bien tout ce que *Bumm* lui reproche.

Bröse ayant fait l'opération dans des cas de bassins aplatis où la tête dilatant le segment inférieur mettait et la mère et l'enfant en danger, et ayant eu des succès, reste fidèle à cette indication et la césarienne vaginale est pour lui la première manœuvre d'une version prophylactique à faire à un moment donné, avec un col peu favorable.

David, *Peterson*, *Stamm*, *Goffe*, font de même, n'ayant eu qu'à se louer de ce traitement dans l'éclampsie.

Dry, des Etats-Unis, comme *Bumm*, combat la méthode aveugle et violente de *Bossi*, et quoique

ayant par deux fois dans ces césariennes vaginales pour placenta prævia, lésé la vessie, la conseille dans ces cas.

Döderlein et *Frankel* ont retiré les meilleurs avantages de l'opération radicale de *Dührssen* dans le cancer et la septicémie. Quant à la conservatrice, quand une dilatation est nécessaire, ils préfèrent s'y décider de suite que de risquer d'infecter leurs malades par des tiges de laminaire, des manœuvres instrumentales ou manuelles, soit même par des tamponnements.

Füth, *Littauer* et *Zweifel* sont d'accord pour approuver les raisons de *Dührssen*, de condamner la césarienne classique et de lui préférer de beaucoup la césarienne vaginale.

Zweifel surtout partage les avis du père de la méthode. Il a fait souvent l'opération modifiée (hystérotomie antérieure après incision en T de la paroi vaginale) dans l'éclampsie. Il appuie d'ailleurs ses dires sur des statistiques.

« Sur 49 cas traités par les narcotiques, la morphine, la sudation, etc....., nous avons 16 morts.

Depuis la nouvelle méthode de *Dührssen*, appliquée dès ces premières attaques et complétée d'une saignée si elles se renouvellent, nous avons 12 morts sur 80 cas. Soit des mortalités bien différentes de 32,6 et 15.

Glockner, sur 143 cas traités de la même façon, arrive également de 15,5 à 17 %.

Zweifel concède cependant que l'opération de

Dührssen est plutôt une opération de clinique, bien difficile en clientèle !

Von Franqué reconnaît également, mais en général, les bienfaits de la méthode ; il la confond d'après ce qu'il écrit avec l'hystérotomie vaginale antérieure.

Hammerschlag pense de même et fait de même ; mais revient bientôt à la technique réelle et entière de l'opération, emploie deux incisions, et fait l'extraction immédiate du placenta.

Dans un article qu'il écrit, à propos d'une observation, sur la césarienne sur la mourante, il donne ses préférences à la vaginale.

Hegar et *Winter* : bons résultats dans cancer et grossesse.

Krönig, à Kiel, invite ses auditeurs à faire profiter aussi l'enfant et non pas seulement la mère, des bienfaits de la césarienne vaginale.

Il n'a qu'à se louer de 14 cas qu'il a fait en incisant la paroi utérine postérieure et en ouvrant la cavité abdominale.

Von Ott prend également parti contre le Bossi et toutes les méthodes de dilatation pour donner tous ses droits au nouveau procédé.

Le col forme-t-il un bourrelet plus ou moins bas dans le petit bassin il emploie les incisions profondes de Dührssen. Le col persiste-t-il en entier ? Sa césarienne vaginale a ses préférences.

Orthmann enregistrant un accident (déchirure du segment inférieur) pour n'avoir fait qu'une incision, en fait deux désormais. Comme Dührssen, il emploie pour l'extraction de préférence la version.

Rühl a plutôt en l'occasion (comme *Stetsberger*, *Pfannkirch*, *Léopold*) d'opérer des cardiaques et il nous apporte des résultats satisfaisants.

Il semble hésiter au sujet de l'éclampsie. Cet auteur accuserait volontiers les sutures et le tamponnement utérin de favoriser (peut être par obstacle à l'écoulement des lochies) le retour des attaques ; il préférerait alors d'autres méthodes de dilatation assurant mieux l'écoulement lochial, la césarienne nécessitant des sutures et des tamponnements qui lui font obstacle.

Schauta au contraire a traité par la césarienne, nombre d'éclampsies, et ne fait aucune réticence.

Simon parlant en général, reconnaît à *Dührssen* le grand mérite d'avoir montré une nouvelle route à suivre et constate les succès de ses collègues dans l'éclampsie. (Voir les statistiques de *Zweifel* données par *Fühl*).

Le décollement précoce du placenta est, nous le verrons, une indication (nette à notre avis).

Scrobansky, de St-Pétersbourg, en présente en mai 1909 une observation d'une femme enceinte pour la 7^e fois, perdant son sang depuis 4 heures au moment de son entrée à l'hôpital ; grossesse de 8 mois, pous à 104, puis à 120 ; césarienne vaginale ; guérison.

Selon *Scrobansky*, c'est cette opération (ou avec la modification de *Bumm*) qui doit être pratiquée de préférence si les rapports entre les diamètres du bassin et le volume du fœtus ne sont pas disproportionnés.

Wertheim enfin vante l'opération en cas de cancer

et semble insister sur le peu de danger d'avoir des déchirures par cette opération, en réponse probablement à un reproche de ce genre. Nous verrons, en effet, de voir que certains auteurs français les redoutent assez en tissu cancéreux.

En somme, les grosses indications de Dührssen : cancer, maladies de cœur, éclampsie, placenta prævia, mauvaise dilatation, version à faire dans un bassin aplati, mère à l'agonie nous semblent bien être celles des auteurs ci-dessus.

Quelques-uns cependant ne sont pas aussi favorables à la méthode nouvelle.

Ahlfeld et Olshausen-Weit s'ils admettent dans l'utérus gravide cancéreux, la nouvelle voie suivie, lui reprochent dans les autres cas, de multiplier le nombre des accouchements forcés, alors que ce n'est pas obligatoire et s'en tiendraient plutôt à la césarienne classique.

Nous avons vu comment Dührssen défendait ses incisions profondes et ses incisions de césarienne d'être un accouchement forcé ; il semble bien aussi avoir rallié ces trois auteurs à sa cause dans les cas d'éclampsie. Ces derniers, en effet, étaient d'abord partisans de cette indication, mais confondaient les conditions d'opérations favorables (différentes) pour les incisions profondes et la césarienne vaginale et avaient eu des déboires.

Bossi tout naturellement tente de défendre sa méthode de dilatation. Il prend la contre-partie de tout ce qui lui est d'ordinaire reproché et dit de son

procédé que « même chez les primipares il conduit à de pleins succès ! »

Fritsch se borne à constater dans un article sur l'éclampsie, que son traitement est encore le point noir de l'obstétrique et s'il accuse le traitement par les narcotiques d'avoir causé bien des décès, il ne se prononce cependant pas nettement pour la césarienne vaginale.

Hofmeier et Stöckel redoutent dans cette intervention les hémorragies ainsi que dans les simples incisions. Mais ils ne les font pas suivant la vraie technique de *Dührssen*. Ce dernier profite de cet argument, recommande soit son premier, soit son second procédé, n'en admet pas de moyen plus ou moins transformé et cite pour prouver l'innocuité de son opération, l'observation d'un enfant de 4.250 gr., de 54 centimètres de taille, extrait dans un bassin aplati par une césarienne vaginale suivie de version.

Léopold, au Congrès de 1906 au sujet « De la dilatation artificielle de l'utérus gravide et en travail », disait : « On ne peut songer à la méthode de *Bossi* que dans le cas de col suffisamment développés et elle peut être suivie de désastres. Elle ne doit être pratiquée que dans une clinique et par des maîtres, comme d'ailleurs les incisions et la césarienne vaginale de *Dührssen*. Celui-ci, lui-même, est obligé de recourir à un et deux tamponnements. Il doit donc se produire des hémorragies d'une certaine importance.

C'est aussi ce qu'ont dit de ces trois opérations *Mackenrodt*, *Gessner*, *Hofmeier*, *Krukenberg*, *Von Herf*, *Kûpferberg* dans leurs rapports.

La césarienne nous semble cependant, à Bumm et à moi, encore préférable ; les statistiques de déchirures des autres procédés de dilatation sont d'ailleurs de beaucoup plus fortes. Avec la césarienne, pas d'hémorragies sournoises et invisibles et Dührssen nous dit en venir toujours à bout quand par hasard elles ont lieu, par de bons tamponnements ».

Meyer et Ruegy et nous verrons que leurs avis sont partagés par des auteurs français, préfèrent en cas de mort subite ou d'agonie, la dilatation artificielle ou même la césarienne classique à l'opération de Dührssen.

Nous avons vu la réponse de ce dernier aux observations de *Schröder* la trouvant peu favorable pour l'enfant dans les cas d'éclampsie : « Il n'y a mauvais pronostic pour le fœtus que parce qu'on attend trop longtemps, parce que les narcotiques ordonnés à la mère, ne sont pas sans influencer également le produit de conception, etc... ».

Thorn enfin, trouve l'opération dangereuse par les hémorragies et les déchirures possibles, quand le néoplasme intéresse plus que le col de l'utérus.

Gauss de Fribourg rapporte 72 opérations, d'après Bossi et cinquante observations de césarienne vaginale et conclut :

Dans la première série une femme est morte, une fois fut observée une déchirure. Le procédé de Bossi est préférable, d'une manière générale à la césarienne vaginale. Les deux opérations sont contre-indiquées dans le placenta prævia.

Podgoretshy de Saint-Petersbourg, communique le résultat de neuf opérations césariennes vaginales.

Les deux premiers cas dans la première moitié de la grossesse pour cancer de l'utérus et infection putride.

Dans sept, elle le fût dans la deuxième moitié de la grossesse, trois fois pour cancer, quatre fois pour éclampsie, six fœtus étaient viables, trois furent retirés vivants. Une mère mourut.

La technique de l'opération était l'hystérotomie vaginale antérieure.

Ratchinsky fait remarquer qu'on ne peut donner le nom d'opération césarienne aux premiers cas décrits où le fœtus n'était pas viable.

En résumé, d'après ces auteurs, ces indications sont bien moins nombreuses et surtout très discutables. La césarienne vaginale n'est pas repoussée par eux avec autant d'ardeur qu'elle n'est préconisée par les premiers, mais il semble se dégager de leurs avis une ligne de conduite moins interventionniste. L'opération devient un pis aller. On peut semble-t-il le conclure, après lecture de cet article :

Pfannenstiel traitant : « des opérations obstétricales auxiliaires dans les cas d'étroitesse anormale ou de dilatation incomplète des parties molles » trouve l'utilisation des ballons de caoutchouc toujours applicable dans les mains du praticien : il peut y recourir dans toutes les conditions qui exigent la provocation ou l'accélération de l'accouchement.

Au contraire les procédés basés sur la pratique des incisions ne sont vraiment utilisables pour le praticien que s'il se trouve en présence de cas simples. A la vulve, au vagin, seule l'incision vaginopérinéale

à la Dührssen est de mise. Il faut éviter les déchirures. L'obstacle siège-t-il à l'orifice externe, au cas d'indication urgente (éclampsie, prolapsus du cordon, cicatrices, rigidité) on fera les incisions multiples du même auteur. Mais s'agit-il d'interventions graves, l'effacement du col ne s'est pas fait, l'ouverture du col doit être immédiate, ne peut par suite être pratiquée par la dilatation mousse, il faut être dans des conditions favorables et être familiarisé avec la technique des hystérotomies. Ce sont des cas à envoyer dans les cliniques : l'indication est absolue et aiguë. Quant aux dilatations d'indication absolue, mais non aiguë, il faut les essayer au ballon.

Ces impressions ressortent également d'une brochure plus récente encore. Nous voulons parler du compte rendu d'une discussion de la Société d'obstétrique de Budapest.

Elek von Avarffy recommande la dilatation non sanglante et recommande l'emploi des procédés de Champetier, de Ribes, de Bonnaire, de Landau. Ce dernier leur a donné 12 succès sur 13 cas.

Frigyész est aussi partisan de la dilatation par ballons, mais il reproche à cette méthode l'introduction possible de germes dans la cavité utérine.

Kubingi et Rotter dichotomisent les cas. Si dans les indications non urgentes ils admettent d'autres méthodes, la césarienne vaginale leur paraît bien indiquée dans les cas urgents.

Lowrich fait assez justement remarquer que si la tête est fixée il n'est pas question d'introduction de

ballon. Reste alors la dilatation manuelle qu'il préfère d'ailleurs de beaucoup.

Quant aux dilatations par l'instrument de Bossi et à la césarienne vaginale il n'en parle que pour mettre en garde les praticiens et leur conseiller de ne pas s'attirer d'ennui en les employant.

C'est encore ce que nous dit *Barsony* qui en reste lui aussi au ballon et à la dilatation manuelle qu'il lui préfère bien.

Il admet en effet que les ballons bien pratiques cependant, une fois posés sont laissés en place longtemps, et amènent plus d'infections que les mains.

L'opération est bien jugée comme un pis-aller, une méthode de second ordre comme nous le disions.

Les auteurs sont en effet à peu près tous d'accord pour essayer d'abord les méthodes non sanglantes. Bossi lui, défend évidemment son procédé.

Les autres ne sont pas sans craindre de fortes hémorragies et surtout en tissu cancéreux qui contre-indiquent bien l'intervention. Ils semblent bien hésiter dans l'éclampsie, dans le placenta prævia, etc.

Mais ici, il nous faut, cette question faisant l'objet d'articles actuels, de discussions nombreuses, entrer un peu dans les détails.

La césarienne vaginale dans le placenta prævia en Allemagne.

Les quelques appréciations générales des auteurs français nous le verrons sont elles-mêmes suivies de quelques détails à ce sujet. Nous pourrions donc encore établir un parallèle.

Chez les auteurs étrangers nous trouvons actuellement des avis absolument opposés.

Les uns partisans absolument d'une intervention chirurgicale.

Les autres d'une thérapeutique non sanglante.

Hauch (Copenhague) emploie la rupture des membranes qui a ses indications dans les cas bénins d'hémorragies légères, conseille la version de Braxton Hicks pour les praticiens, mais trouve le ballon la méthode de choix quand on peut le poser dans des conditions favorables et ne discute pas un mot de la césarienne vaginale.

Pour *Henckel* (Greisswald) la césarienne n'est applicable qu'au cas de placenta prævia central, et dans de certaines conditions : « C'est pour les accouchements prématurés, où l'appréciation des circonstances permet de mettre en doute la survivance de l'enfant, que convient la césarienne vaginale et l'évacuation de l'utérus ; ceci sans utilisation de la version, mais par la perforation et la cranioclasie avec de fortes pinces de Muzeux et la large ouverture du crâne fœtal avec des ciseaux. Par la forcipressure préventive des deux utérines, cette intervention s'effectuera avec une perte de sang insignifiante ; elle met de plus à l'abri de toute hémorragie atonique ou secondaire.

Hofmeier (de Wurtzbourg) n'est aucunement partisan des opérations chirurgicales dans ce cas.

Pour les quelques cas malheureux où le reste semble devoir échouer, si les opérations sont nécessaires, qu'elles ne soient pratiquées que dans une clinique et par des maîtres. Il faut avoir épuisé les

autres procédés, car, dit *Norwack*, « souvent il y a contre-indication opératoire ; la malade a la fièvre, est en grande anémie, a subi des tamponnements suspects. Le grand désir de sauver l'enfant serait une indication à la césarienne et je préférerais la classique, mais il a déjà bien souffert et pour la mère seule, les autres moyens sont bien suffisants ».

C'est aussi ce que nous retrouvons dans les travaux de *Hirsch* tout récents. La césarienne vaginale est de mise si l'on veut absolument sauver l'enfant, si l'orifice externe reste indilatable par d'autres moyens. Elle est un bon moyen d'extraction de l'enfant non viable, de petit volume, et qui peut subir la craniotomie.

Sigwart considérant l'enfant comme perdu n'admet pas qu'on se décide pour une césarienne abdominale.

Chez une femme ayant déjà fait de grandes pertes sanguines, et à qui des manœuvres de dilatations pourraient en faire perdre encore, la césarienne vaginale dans une clinique semble une bonne technique.

Il sera bon, ajoute *Sigwart*, d'utiliser la bande hémostatique de *Mombourg* placée autour de la taille de la malade et que l'on serre fortement immédiatement après l'extraction de l'enfant.

Sur 14 enfants obtenus par la césarienne vaginale à la *Frauen* clinique de la *Charité*, 16 étaient non à terme, 8 étaient vivants.

De ces 8, 3 prématurés moururent. Des 5 restant, on en perdit un. On peut donc tabler sur une mortalité de 20 %.

Il est certain que le fait que l'enfant est à terme doit intervenir dans le choix du procédé. La version de B. Hicks sauve bien les mères, mais n'avantage guère les enfants; aussi trouvons-nous chez d'autres auteurs une tendance beaucoup plus active, beaucoup plus interventionniste.

Quand le placenta est *prævia*, écrivait *Sellheim* (de Tübingen) dans *Zentralblatt für gynäkologie*, 1908, n° 40, p. 1298, le mécanisme simultané du décollement et de l'hémostase ne peut se combiner avec la fonction de l'utérus parturiant au niveau de la zone placentaire. En cette conjecture, la marche naturelle de l'accouchement amène un antagonisme des différentes fonctions et met mère et enfant au bord de la tombe.

A cause de cette désharmonie périlleuse, *Sellheim* est convaincu qu'il faut chirurgicalement arrêter tout effort parturitif normal.

Et il cite des observations nombreuses, surtout de césariennes de supra symphysaires, mais aussi de césariennes vaginales.

21 octobre 1907... fin du 7^e mois de la grossesse placenta *prævia centralis*, césarienne vaginale. Enfant long de 40 centimètres, poids 1.300 grammes, vit. Suites de couches normales. Mère et enfant sortent le 19^e jour.

Et il ajoute : « Au début, je tenais pour une témérité l'incision de l'aire placentaire dans le cas de placenta *prævia*, je l'envisage aujourd'hui en toute tranquillité; l'exposition directe de la zone qui saigne procure de plus grandes garanties que toutes les

autres méthodes, parce qu'elle permet d'utiliser immédiatement et sous le contrôle de la vue tous les moyens d'hémostase. »

Ce traitement chirurgical et systématique possède encore sur les autres l'avantage de rendre plus tôt ces femmes à leurs familles que lorsque, après une première hémorragie, on attend jusqu'à ce que de nouveaux accidents imposent une intervention.

Et de fait, sur 8 incisions utérines extra ou trans-péritonéales, l'auteur obtient 8 mères vivantes bien portantes, 8 enfants vivants !

Krönig, qui a traité la même question, préfère la césarienne classique pour éviter l'aire placentaire. Il la fait dans des cas bien déterminés : la femme perdant du sang encore au début de la période de dilatation avec un canal parturient aseptique.

Baisch constate le jeu de bascule de la méthode de B. Hicks entre la mortalité fœtale et la mortalité maternelle. Cette méthode a cette tare, que le salut de la mère est subordonné, dit-il, au sacrifice conscient de l'enfant.

Le Bossi là est cause plus que jamais de déchirures et d'hémorragies.

Et il ajoute :

« Le mérite d'avoir tenté des voies nouvelles et, en dépit des attaques, de les avoir suivies revient à Dührssen. Il substitue aux procédés prétendus non sanglants, avec lesquels souvent la mère perd beaucoup de sang, une opération rigoureusement chirurgicale. »

Nous l'avons appliquée, même dans les premiers mois de la gestation, à partir du quatrième mois,

dans tous les cas où l'évacuation rapide de l'utérus s'est trouvée indiquée (hémorragies dans l'avortement, vomissements de la grossesse, affections cardiaques, phthisie pulmonaire, pneumonie, pyélite, etc..., mais surtout vers la fin de la grossesse et sub partu (prolapsus du cordon, décollement prématuré du placenta normalement inséré, fièvre subpartu, rigidité des parties molles des primipares âgées.) Mais c'est le procédé souverain contre l'éclampsie (4 cas) et le placenta prævia (10 cas).

Pfannnestiel, Zimmermann, Thies ne partagent pas ces derniers avis — Le dernier concède bien la grande mortalité fœtale en employant les procédés habituels. Si on la veut sauvegarder restent : la césarienne vaginale et la métreuryse.

Dans 12 cas de césarienne la mortalité infantile fut de 50 %, mais il s'agissait souvent de prématurés, car les enfants complètement développés vinrent vivants.

Par la métreuryse 21 cas donnèrent 18 enfants, soit une mortalité de 14 %. Mieux vaut donc restreindre la version et étudier la pratique de la Metreuryse.

Cependant, chez les primipares et chez les femmes dont la portion vaginale du col reste rigide l'hystérotomie vaginale procurera des résultats satisfaisants pour la mère et l'enfant.

L'hystérotomie antérieure est facile et innocente quand le placenta est inséré en arrière. Siège-t-il, en avant on peut tirer l'utérus sur un métreurynter placé au-dessus de l'orifice interne, inciser la paroi antérieure sur ce métreurynter et terminer l'accouchement une fois le ballon expulsé.

La césarienne vaginale reste donc un traitement d'exception à exécuter par un chirurgien, mais quand ses indications rares sont bien nettes elle est une opération de choix. Bumm en a d'ailleurs obtenu de très heureux résultats.

Fry, partisan de la version combinée et de l'extraction lente, reconnut les conditions de la césarienne justiciables dans 5 % des cas de placenta prævia; si 1 cas de placenta prævica s'observe sur 1,000 accouchements, il y a donc lieu d'employer cette méthode 1 fois sur 20.000.

« Résumant ces travaux il semble bien que l'hystérotomie est appelée à figurer plus ou moins sous une de ses formes, dans la thérapie du placenta prævia, mais dans les cliniques.

Mais, en général, grâce aux déchirures des membranes et à l'application des ballons, les indications de l'hystérotomie doivent être exceptionnelles (*Labusquière*).

Chassot, ces derniers mois disait à la Société d'obstétrique de Genève « Pour la clientèle hospitalière et pour celle-là seule, s'il n'y a pas eu de manœuvres suspectes d'infection, si il n'y a pas de dilatation, si l'enfant est viable ou vivant et qu'on le désire vivement, la césarienne vaginale peut alors prévenir le conflit dangereux entre la dilatation et l'ouverture du col et les hémorragies.

Voyons maintenant les autres cas où la césarienne, nous l'avons déjà vu chez les auteurs étrangers comme nous allons le voir en France, n'a plus autant de succès et de vogue.

III

La Césarienne vaginale en France

Nous donnerons aux résumés des recherches faites à ce sujet, un caractère général. L'opération de Dührssen sera surtout comparée aux autres méthodes de dilatation. Il nous serait impossible d'étudier sans des répétitions fastidieuses la valeur de l'accouchement par dilatation rapide qu'est la césarienne vaginale, dans les différents cas particuliers où elle peut être discutée et décidée.

Nous avons d'ailleurs donné un à un les jugements de chacun des auteurs allemands. La question du placenta paevica a été un peu plus détaillée. Nous la retrouverons encore à la suite de l'article générale de P. Bar.

Schwab disait dans la *Presse médicale*, en 1899 :

« Il semble que la césarienne vaginale soit surtout applicable à la grossesse compliquée de cancer de l'utérus. C'est dans ce cas qu'elle a eu des imitateurs en Allemagne et en Italie » et il donne un procédé opératoire un peu particulier :

« Après incision et cautérisation des masses cancéreuses on fait une désinsertion circulaire du vagin, on ouvre les culs-de-sac péritonéaux antérieur et de Douglas, on ligature les bases des ligaments larges.

On ampute le col mis à nu, au-dessus du carcinome avec le thermocautère. L'utérus est alors sectionné en avant et en arrière, etc... »

« L'opération, ajoute l'auteur semble logique dans le cancer opérable du col et quand il y a absence de dilatation. »

Il épouse cependant l'avis de Fehling qui combat ce traitement. « La vie de l'enfant, dit celui-ci, est compromise; il y a fort à craindre surtout en tissu cancéreux et de grands délabrements des tissus et organes péri-utérins, et de fortes hémorragies. Dührssen lui-même a eu à faire à elles et il faut avoir une grande habitude de l'opération. »

Quant à ses autres et multiples indications, ni *Fehling*, ni *Schwab* n'en sont partisans. « Nous avons disent-ils, suffisamment d'autres moyens efficaces et non sanglants pour traiter les sténoses, l'éclampsie, les cardiaques, etc. »

Cancer et Grossesse.

« Dans le cas de cancer et grossesse quels sont les avantages et désavantages de la césarienne vaginale sur la classique. Les opérations pratiquées « pendant le travail » sont en assez petit nombre. On comparerait donc les deux opérations classique et vaginale à deux époques différentes, 2 cas de Dührssen et 1 cas de Reeb ont donné 2 enfants vivants et 3 guérisons opératoires.

La césarienne vaginale nécessite toutefois l'extraction du fœtus par le forceps ou la version, ce qui peut diminuer ses chances.

Malgré l'affirmation que l'extraction du fœtus est toujours facile, nous sommes cependant obligé à faire quelques réserves en voyant Zweifel obligé après une césarienne vaginale de renoncer à l'extraction du fœtus et d'avoir recours à la césarienne abdominale.

Il est vrai que Dührssen prétend que si Zweifel avait pratiqué des incisions et en avant et en arrière l'extraction eût été possible.

Des 9 cas, dans lesquels la césarienne vaginale suivie d'hystérectomie a été faite au cours de la grossesse, aucun n'a été suivi plus de quatre ans sans récurrence. Quant aux résultats opératoires, ils comportent une mortalité de 22, 22 % (2 morts sur 9).

Si ces résultats sont meilleurs que ceux constatés pour la césarienne suivie d'hystérectomie abdominale, il faut toutefois observer que les opérations pendant la grossesse sont faites dans des conditions bien plus favorables que celles qui sont exécutées au cours de l'accouchement et que leur comparaison ne saurait être décisive.

Aussi l'opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale, ménageant mieux les intérêts de l'enfant que la césarienne vaginale, reste à mon avis l'opération de choix au cours de l'accouchement, en face d'un cancer nettement limité et lorsque l'état général de la malade lui permet de supporter le traumatisme opératoire.

Cardiaques

M. Cyrille Jeannin, en 1910 (voir observations), pratique une césarienne vaginale chez une cardiaque à

l'agonie, enceinte de 6 mois et ne trouve pas de difficulté à la technique de l'opération.

Malgré cela des auteurs autorisés affirment que chez l'agonisante, la dilatation artificielle ne présente pas avec elle non plus de difficulté.

Il serait plus simple alors de l'employer. C'est, nous le verrons, ce que tente d'abord l'école lyonnaise.

Eclampsie. — Albumine

M. Brindeau, le 15 novembre 1906 avait également rapporté deux cas d'opération de Dührssen et en avait trouvé le manuel opératoire assez simple, l'hémorragie modérée. Mais il agissait sur des fœtus de 5 et 6 mois.

Les indications étaient, pour la première une albuminurie grave persistante, la malade mourut; pour la seconde, une éclampsie, la malade fut sauvée.

Cependant M. Brindeau préfère la dilatation rapide s'il s'agit de multipares à col souple. Dans les cas où le col est fermé ou rigide, il préfère également la césarienne classique chez la femme à terme ou près du terme et réserve l'incision de Dührssen pour les cas où il s'agit de grossesses de 6 ou 8 mois avec fœtus compromis et surtout si l'état de la femme fait craindre une infection possible. L'indication semble avoir été bien nette si l'on s'en rapporte à ce que les accoucheurs Guéniot, Tarnier, Pinaud, disaient en 93 à l'Académie de médecine « En règle générale, chez une femme éclamptique au cours de la grossesse il ne faut recourir ni à l'accouchement provoqué ni à l'accouchement forcé et s'en tenir au traitement mé-

dical, exception faite toutefois pour les cas d'une éclampsie chez une femme dont l'albuminurie intense résiste au régime lacté, et qui commence à présenter des symptômes inquiétants.

Pendant le travail il y a intérêt à terminer, continuaient-ils, l'accouchement le plus rapidement possible et ils citaient l'écarteur de Tarnier et le ballon de Champetier de Ribes comme procédés à employer; ajoutant que souvent d'ailleurs le travail marche avec une grande rapidité chez les éclamptiques.

La césarienne (et ils entendent l'abdominale) n'est admise par eux qu'en cas de malade en état désespéré chez qui ce travail est insuffisamment avancé et l'enfant vivant: enfin dans le cas de mort récente de la mère.

En France, dit *M. P. Bar*, les procédés de dilatation auxquels on a le plus souvent recours sont l'introduction du ballon de Champetier de Ribes, la dilatation digitale de Bonnaire habituellement; on use moins des dilatateurs; on emploie alors l'excitateur Tarnier. Le dilatateur de Bossi est relativement peu répandu.

La nécessité d'agir vite et indépendamment des contractions utérines fait qu'aucun procédé ne permet d'obtenir des modifications du canal cervical comparables à celles que toutes les dispositions naturelles, synergiques, si bien réglées, amènent. Les dilatations déchirent; sauf chez certaines grandes multipares, elles ne font pas disparaître tout obstacle à l'extraction de la tête et alors nous faisons un accouchement

forcé. Grâce aux progrès de l'asepsie et de la technique opératoire, l'accouchement par voie haute (césariennes classique, sus-pubienne, vaginale) entre en concurrence avec l'accouchement par dilatation rapide et l'auteur faisant un mémoire sur l'accouchement par dilatation rapide du col, condamne la césarienne vaginale au profit des procédés du ballon et de la digitation digitale.

C'est là dit-il une opération de clinique qui doit être pratiquée par des mains habiles, dans des milieux où l'asepsie est certaine, mais étudions le problème en soi.

On ne divulse, on ne dilate, on ne brise pas ; on pratique en un point voulu, une brèche dont on prétend mesurer l'étendue et qui par sa situation exposera au minimum de risques.

Ce principe trouve son application dans nombre de cas où le col étant dilaté plus ou moins largement, il faut terminer rapidement l'accouchement, et alors ce terme de césarienne vaginale me semble bien pompeux.

Réservez-le au cas où la dilatation du col est nulle ou à peu près.

Et alors la pratique montre que :

La brèche est insuffisante presque toujours pour un enfant à terme et volumineux ;

Les incisions s'agrandissent pendant l'extraction d'où danger. La brèche est plus facile à réparer que quand on a procédé par divulsion ; mais la cicatrice ne donne-t-elle pas de risques pour l'avenir surtout si quelque accident infectieux a provoqué des adhérences un peu étendues.

Et il conclut: a) si on la compare à la dilatation par ballon: sauf contre-indications tirées de l'état du col (tumeurs, lésions syphilitiques, cicatrices) quand il n'est pas indiqué d'obtenir un résultat tout a fait immédiat la dilatation avec le ballon sera préférée.

A noter encore que c'est surtout dans ces contre-indications ou le col est long, rigide, qu'on observe pendant l'extraction ces agrandissements de la brèche opératoire.

b) Si on compare aux procédés de dilatation rapide par divulsion.

La césarienne si elle ne fait pas une brèche aveugle en fait nécessairement une; si les doigts ou les dilateurs peuvent agir sans grande effraction préférons-les.

Elle reste défectueuse et en partie aveugle pour un enfant à terme et volumineux. Elle laisse enfin subsister la nécessité d'extraire le fœtus par la filière pelvienne; elle est aussi frappée d'infériorité quand l'extraction (étroitesse du bassin, rigidité des parties molles, présentation vicieuse, volume du fœtus) nécessite des manœuvres laborieuses,

Cet article motiva d'ailleurs une remarque de *Elis-Essen Möller* de Suède, faisant au sujet des cicatrices et de leurs risques futurs les mêmes observations que Dührssen.

Quant à la brèche l'auteur suédois, ayant opéré neuf fois pour éclampsie la trouva toujours suffisante. Il trouve l'opération de grande valeur dans les cas d'éclampsie à opérer de suite. Mais comme Bar il la repousse dans le placenta prævia et en pratique privée.

Placenta prævia

C'est en effet pour les risques causés par les hémorragies du placenta prævia que les accoucheurs d'autrefois étaient poussés à pratiquer l'accouchement forcé. Ce sont encore ces risques qui nous incitent le plus souvent à pratiquer la dilatation rapide du col.

Dans ce cas le but capital doit être pour l'opérateur de supprimer tous tiraillements sur le placenta, par suite de terminer l'accouchement sans que le segment inférieur s'allonge et cela dans le temps le plus bref.

Or la rupture des membranes est souvent insuffisante quand le placenta est très bas, la méthode du ballon trop lente, la version de Braxton Hicks amène la mort de l'enfant ! Si l'hémorragie est sérieuse, le col long non effacé, qu'il faille aller vite, l'intervention n'est pas sans danger pour la mère.

Et alors nous reconnaissons que la mise en balance de l'accouchement par voie haute se pose (l'auteur ne discute pas la modalité de césarienne à employer), pourvu que la femme ne soit pas infectée, que l'opération puisse être pratiquée par un opérateur exercé, dans un milieu convenable.

Mouchotte cependant est encore plus réactionnaire.

Il en veut rester pour ses malades, au repos, aux injections chaudes, aux ruptures larges des membranes suivies où non de l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes.

Sur 189 cas qu'il a ainsi traités il perd 4 femmes et 82 enfants !

« Si on avait fait des césariennes, dit l'auteur, on eut sauvé peut être quelques enfants, mais on aurait aussi fait bien des opérations inutiles.

J'en réserve les indications aux cas exceptionnels ou avec le placenta prævia, on se trouve en face d'une autre complication. »

La plupart des accoucheurs français ne sont guère plus interventionnistes; et dans le cas de placenta prævia comme aussi dans les autres cas nécessitant une dilatation plus ou moins rapide et artificielle du col: rigidités diverses du col par exemple on retrouve presque toujours le besoin d'essayer, avant de se décider à une intervention chirurgicale, les moyens non sanglants.

Wallich, montrant que sur les cols dits indilatables, la dilatation manuelle elle-même peut amener des déchirures, se demande si sous la menace de cette rupture utérine il vaut mieux recourir aux incisions du col. Il y est peu enclin. La large incision bilatérale du col peut être le point de départ de déchirures dont l'étendue ne peut-être limitée ni prévue. Si les suites opératoires de cette intervention ont pu être le plus souvent à l'abri de complications graves, la mortalité infantile est encore à 25 % d'après les résultats réunis par Bué. Il semble donc qu'à la suite de cette opération la dilatation n'est pas absolument parfaite et que le fœtus lutte encore contre l'orifice. Il est juste, néanmoins, de tenir compte dans l'appréciation de ces résultats de l'état de souffrance antérieur du fœtus.

Il reste les incisions multiples et peu étendues pratiquées sur le pourtour de l'orifice du col. Celles-ci ne sont évidemment efficaces que par les ruptures plus étendues dont elles constituent l'amorce ou le point de départ.

Nous ne possédons donc pas, si nous en croyons ce dernier auteur, de méthode de dilatation parfaite. Force nous est, nous semble-t-il, de l'accorder. Mais devons-nous alors rester dans l'hésitation, ne pas pouvoir nettement nous décider nettement pour une méthode ou une autre ?

Il semble que si. Après s'être bien pénétré au point de vue pathologique du cas qui nous intéressera à un moment donné, de l'état plus ou moins normal de la malade et de l'enfant mort ou vivant qu'elle porte en son sein, du milieu où on se trouve, des conditions d'asepsie réalisables, etc., etc., il nous sera possible, pesant les avantages et désavantages des interventions praticables, de pronostiquer et de décider laquelle sera non pas parfaite à appliquer, mais tendra vers le minimum de risques pour les deux êtres, ou pour le seul dont la vie est en jeu.

Et nous sommes alors amenés à traiter notre dernier chapitre : « Que faut-il garder des indications multiples qu'on a voulu voir pour la césarienne vaginale. »

IV

Quand faut-il pratiquer la césarienne vaginale ?

Les différents traités que nous avons parcourus, après de longues discussions, après avoir donné et des statistiques et des avis multiples d'auteurs autorisés, répondent peu à cette question ; nous n'y trouvons pas le chapitre indiquant les cas où les circonstances favorables se trouvent réalisées au maximum ; on ne nous montre pas assez les indications qui décideront l'opérateur à l'intervention, qui imposeront, pourrions-nous dire, la césarienne vaginale.

Le plan de Dührssen très dilaté, est, nous semble-t-il, celui d'un ouvrage scientifique, théorique, mais qui ne nous met pas suffisamment face à face avec les circonstances cliniques.

Nous n'y trouvons pas le côté utile, la conduite à tenir alors que nous sommes appelés près des malades qui bénéficieront beaucoup d'une décision nette et rapide appuyée sur des raisons toutes pratiques.

M. le Professeur Fabre ayant pratiqué l'opération, sachant ce qu'on peut attendre d'elle, la durée de son exécution, nous indiquant les risques qu'elle fait courir aux malades, celles sur qui on peut l'exécuter, celles sur qui à bout de ressources on se voit amené à la faire a bien voulu nous aider de ses conseils.

Il traiterait comme suit le chapitre :

« Des indications de l'opération de Dührssen. »

A) Il est des cas où nous emploierons la césarienne vaginale sachant bien, ou le constatant bon gré malgré, après des tentatives infructueuses avec d'autres méthodes, que seule elle nous ouvrira la filière génitale.

Nous voulons parler des faits où, obligés d'agir vite, nous ne pouvons, même avec une dilatation nulle ou à 1 centimètre, utiliser les procédés connus. Ils ne seraient jamais assez rapides pour être utiles, vu les circonstances où nous nous trouverons, en face d'un décollement prématuré du placenta par exemple, avec forte hémorragie, état général très grave, col non modifié.

Nous envisageons encore par là ceux où sciemment nous courreriions le risque de déchirures ou d'éclatements forcés, en voulant agir sur des cols cicatriciels ou cancéreux absolument indilatables par leur état même. Nous savons pertinemment que les tissus éclateront ; mieux vaut les sectionner.

B) Il est d'autres cas, où nous ferions la césarienne vaginale, la main forcée pouvons-nous dire : dans les états graves de la mère.

Nous sommes appelés auprès d'une asystolique qui présente des débuts d'accidents sérieux, auprès d'une bacillaire, que nous jugeons à quelques heures de rendre le dernier soupir, d'une éclamptique dans le même état!!

Le col est peu ou pas dilaté, la mère sur le point

de mourir. Nous interviendrons pour l'enfant. La césarienne vaginale nous permettra seule encore d'ouvrir suffisamment vite les voies génitales du fœtus pour lui donner les meilleures chances; accessoirement, elle améliorera souvent beaucoup l'état de la mère, parfois même, contre toute attente, la sauvera.

En de telles circonstances, la césarienne vaginale est évidemment préférable à la césarienne abdominale, moins rapide, bien plus importante, beaucoup plus grave, trop grave pour de telles malades par sa durée et les complications qu'elle entraîne.

La césarienne vaginale, remarquons-le d'ailleurs, sera bien simple dans toutes ces indications. Les brèches à faire seront petites. Nous avons en effet affaire à un fœtus, à peu près toujours avant terme, quelquefois même à peine viable, et dans la majorité des cas, insistons aussi sur ce point, à un enfant ou en bien grande souffrance ou mort. Les manœuvres diverses de réduction du volume fœtal pourront alors, devront même être appliquées, et l'opération se trouvera simplifiée d'autant. Faire une césarienne abdominale avec un enfant qui a peu de chances de survie est peu indiqué.

C) Supposons maintenant le cas, vraisemblablement assez rare, d'une mère mourante toujours, mais d'un enfant, malgré le mauvais état de sa mère, ne présentant aucun signe de souffrance.

Le col n'est pas dilaté.

Sur la mère morte, la dilatation manuelle par le

procédé Rizzoli serait d'une exécution facile, mais on risquerait, en attendant, de laisser l'enfant être à son tour en mauvais état.

On peut alors songer à la césarienne abdominale, mais c'est une bien longue intervention, nous l'avons vu, pour des agonisantes ; elles mourront durant son exécution.

La césarienne vaginale nous semble ici encore, dans ces cas rares, bien préférable.

Si contre toute attente il y a survie, les suites d'une césarienne vaginale sont bien moindres que celles d'une abdominale. Reprenons ce plan un peu en détail :

A) Les auteurs insistent peu au sujet du décollement prématuré du placenta.

Nous avons cité Skrobansky, de Saint-Pétersbourg, pour qui les raisons d'intervenir dans ce cas sont très nettes. Nous nous proposons de détailler un peu dans ce chapitre les motifs qui nous paraissent devoir faire approuver cette ligne de conduite.

On fait, appelé auprès d'une femme en état d'angoisse, avec pertes de sang plus ou moins considérables, souvent insignifiantes, un utérus de bois plus ou moins élevé que normalement et en constatant l'état de souffrance ou de mort de l'enfant, le diagnostic de décollement précoce du placenta.

L'état général devient de plus en plus inquiétant, l'agitation de la malade persiste, elle a du subdélire, des vertiges, des troubles de la vue, des bâillements fréquents et répétés. Le pouls, contrastant avec l'état général si grave de la mère, n'est pas très rapide.

Il reste autour de 100-110 et présente des accélérations passagères.

On touche : le col, comme tout l'utérus, est dur, ligneux, tétanisé, sans présenter aucune dilatation, aucun effacement. C'est le cas de nos observations I et V en tout point. Il faut au plus tôt vider l'utérus de son contenu, sinon la femme meurt non délivrée.

Nous avons deux moyens : la dilatation extemporanée du col et la césarienne vaginale.

(Les autres procédés d'évacuation ne répondent pas à l'indication); mais le col est dur, ligneux, tétanisé (ce que nous allons dire de la nécessité où l'on se trouve de le sectionner s'applique d'ailleurs de tout point aux cas de **cols avec cicatrices, sténosés, rigides**, etc...). L'éclatement du col, surtout dans l'obligation où l'on est d'agir rapidement pour sauver la malade est fatal; la dilatation est presque impossible, en tout cas trop lente. Cet état particulier du col s'explique par le moment où se produit l'accident. La tension intrautérine tétanise non seulement le corps, mais encore le col.

La césarienne vaginale nous donne en quelques minutes, sans risque de déchirures et d'hémorragies nouvelles, accès dans l'utérus. L'enfant perdu déjà, est extrait avec toute la célérité nécessaire. On aide même, si sa mort a été déduite d'une façon absolue de l'abondance probable de l'hémorragie, ou de l'absence totale de battements du cœur, des manœuvres de réduction du mobile fœtal. Le fœtus condamné, n'entre plus en ligne de compte. Il ne s'agit que d'évacuer l'utérus... C'est à ce seul prix que la

mère sera sauvée. Se présente-t-il en sommet ? on fait un forceps avec ou sans craniotomie. En présentation transversale ? On exécute rapidement la version, complétée, elle aussi, d'une craniotomie sur tête derrière, au moindre obstacle.

Ne l'oublions pas l'enfant est sacrifié ; nous pouvons donc, faire sur lui toutes les manœuvres, qui nous assurerons le minimum de risques de lésions des parties molles de la mère, tout en nous donnant le plus rapide accès dans l'utérus (observations I-V-VI).

Celui-ci entre bientôt en contraction et l'hémorragie cesse. L'opérateur a d'ailleurs de multiples ressources à sa disposition.

Mais souvent la délivrance artificielle qui termine l'intervention a suffi. La main toute entière mise dans l'utérus a déterminé la contraction utérine.

La malade délicatement est mise dans son lit la tête basse. Des injections de sérum lui sont faites très prudemment. (Le décollement du placenta normalement inséré s'accompagne en effet souvent d'un état se rapprochant de l'éclampsie).

Elle est, en effet, dans un état d'anémie post hémorragique plus ou moins grave, mais ce n'est plus là, si toutefois elle a été secourue à temps qu'une question de soins. La malade traitée comme une éclamptique surtout, est sauvée.

Envisageons maintenant le cas de *cancer*.

Un néoplasme constaté tout le monde est d'accord, pour admettre l'extirpation immédiate de cet organe relativement assez isolé, en rapport assez indirect avec les voisins.

Cet utérus est-il gravide ? Il en est absolument de même. Nous n'entrerons pas ici dans la discussion encore ouverte au sujet de la conduite à tenir si l'enfant est sur le point d'être viable.

Il est évident à notre avis :

Que si le cancer est inopérable il faut avant tout songer à l'enfant ; et attendre le plus près du terme possible pour intervenir.

Que si la malade se présente vers la fin de sa grossesse et que les bruits fœtaux soient normaux, que d'autre part la mère ne semble pas devoir tirer grand bénéfice d'une opération immédiate ou reculée de quelques semaines il vaut mieux tâcher d'attendre dans les limites du possible, de bonnes conditions de viabilité pour l'enfant.

Que si on est appelé près d'une femme en travail porteur d'un cancer opérable, il faut sauver l'enfant si possible, et extirper le plus tôt possible l'organe cancéreux.

Nous nous trouvons bien dans les conditions de l'opération césarienne vaginale de Dührssen variété radicale.

Le col, cancéreux, tout de tissu ligneux mais tout en même temps friable est fermé.

Il est évident pour nous qu'il ne faut pas courir les risques d'un accouchement spontané possible au prix de grands délabrements ; il faut rejeter de même toute tentative de dilatation soit manuelle soit instrumentale. C'eserait courir aux déchirures, aux hémorragies par éclatement, bref à la mort primitive ou secondaire de la mère. La césarienne vaginale est bien plutôt indiquée, mais il est non moins évident

pour nous que cette opération dans ce cas n'est pas tout. Elle n'est et ne doit être alors que le premier temps d'une hystérectomie vaginale de qui elle prend le premier rang et est la réelle indication.

L'extirpation de l'utérus n'est précédé de l'hystérotomie que parce que l'utérus est gravide.

Préfère-t-on la césarienne abdominale ? Elle donne aussi de bonnes chances à l'enfant ; elle nécessite il est vrai un grand schok opératoire pour des malades déjà cachectiques, on coure toujours les risques des infections péritonéales ; pour les hystérectomies pour utérus cancéreux non gravides il y a plus de partisans de la voie abdominale.

Nous pensons que d'autres détails doivent encore être pris en considération, faire opter pour l'une ou l'autre méthode.

La voie vaginale facile à appliquer dans la puerpéralité semble bonne pour les néoplasmes limités, et lors qu'on est en plein travail avec dilataction déjà en train.

L'abdominale, pour les grosses masses cancéreuses, alors qu'on est obligé d'opérer avant tout commencement de travail, la dilatation pouvant même à son début, provoquer l'éclatement. De plus, l'ablation complète du tissu cellulaire péri-utérin, des ganglions, est plus praticable par un manuel opératoire analogue à celui de Wertheim.

Le shok sera plus grand, mais l'opérateur plus à l'aise ; d'un autre côté, l'accouchement par voies naturelles sera bien plutôt consenti par la malade et effrayera bien moins la famille. N'oublions pas enfin, que si radicale que soit l'opération, elle reste tou-

jours palliative et malheureusement non curative, les résultats n'étant pas très favorables pendant la grossesse ; peut-être vaut-il encore mieux alors intervenir chez des malades à qui on ne donne qu'une survie, par les moyens les plus simples.

Telles sont les trois indications principales que nous reconnaissons à la césarienne vaginale (décollement précoce du placenta, sténoses, cancer).

Exceptionnellement nous considérons son indication comme assez précise dans certains cas de **placenta prævia**.

Mais les conditions cliniques qui indiquent cette intervention sont très particulières. On a affaire à une femme qui a déjà perdu beaucoup de sang, qui en perd toujours, à qui les dilatations autres risqueraient d'en faire perdre encore, son col utérin est pour ainsi dire nullement effacé ou dilaté, elle est primipare, la grossesse est d'environ huit mois. La césarienne vaginale semble assez indiquée.

Encore faut-il que, avant d'avoir été amenée à la clinique, la malade (et ceci serait un motif de rejeter totalement la césarienne abdominale) n'ait pas subi d'explorations trop nombreuses ou des tamponnements trop suspects d'infection.

Les auteurs, partisans de la césarienne vaginale dans le placenta prævia, se sont empressés d'affirmer que la plaie placentaire saignait peu. Les tractions d'abaissement sur le col, coulant les utérines, rendent les incisions presque exsangues.

Néanmoins opérer sur le segment inférieur quand

il doit saigner du fait de l'insertion du placenta à son niveau, paraîtrait se priver d'un des grands avantages de la césarienne vaginale : le peu de suintement sanguin des incisions du segment inférieur, région ordinairement peu vasculaire.

B) Envisageons maintenant le cas où comme nous l'avons vu la césarienne vaginale perd de plus en plus ses titres d'opération de choix ; elle devient en quelque sorte une opération de nécessité pour la mère et pour l'enfant ; comme seule elle nous permet d'espérer des succès, son importance ne fait que s'en accroître.

Les **troubles gravido-cardiaques** par exemple sont une des indications relativement fréquente et heureuse dans ses suites, de la césarienne vaginale.

L'accoucheur se trouve en présence d'une femme qui fait de l'asystolie, soit à quelque temps du terme, soit en travail. Des accidents sont imminents. Ici, non seulement la mère doit le préoccuper, mais aussi l'enfant. Il est en effet possible de le sauver, lui surtout et assez souvent également la mère.

L'évacuation de l'utérus en bien des cas en effet fait des cures merveilleuses ; elle apporte plus qu'on attendait. On avait opéré surtout pour sauver l'enfant, on avait peu d'espoir pour la mère, et souvent on voit son état s'améliorer sinon totalement, du moins en de bonnes proportions et ceci très rapidement. (La malade de l'observation VI était à l'agonie, mais par contre l'observation II est absolument typique).

Les observations ne manquent pas de cardiaques si bien améliorées par l'évacuation de l'utérus, que durant cinq ou six mois on ne constata pas chez elles de nouvelles crises d'asystolie. Les crises nouvelles bien souvent sont beaucoup plus bénignes et apaisées par une hygiène et un régime sévères avec quelques cardiotoniques.

Ne pas intervenir chez de telles malades, laisser évoluer leur asystolie serait les laisser arriver à l'épuisement final du cœur, les laisser mourir ainsi que le fœtus d'ailleurs.

Les laisser si peu que ce soit supporter les douleurs et les fatigues, l'épuisement de l'accouchement, permettre le travail, serait précipiter leur fin propre et abandonner l'enfant aux graves risques qu'il court.

La césarienne vaginale peut seule alors rendre l'accouchement possible, sans participation dangereuse de l'organisme, elle peut seule faire de l'accouchement un acte absolument passif et assez rapide tout en même temps pour mettre les deux êtres en danger, dans les conditions les meilleures.

Les autres procédés de dilatation seraient trop lents et ne supprimeraient pas d'une façon aussi entière la part active des organes maternels, à prendre dans l'expulsion du fœtus. De plus, vu l'urgence de l'intervention à un moment où le col et le segment n'ont subi aucune préparation physiologique, la dilatation manuelle ou instrumentale demande des manœuvres assez prolongées.

La césarienne abdominale chez une mère en pleine asystolie provoquerait certainement un shock qui, quoique léger, serait grave chez de telles malades.

Nous nous répéterions mot pour mot au sujet des **phtysiques** à un degré avancé de leur affection ou au sujet des bacilloses à hémoptysies sérieuses et probables ou de phtysies laryngées avec troubles dyspnéiques.

Pour l'**éclampsie**, après s'être rendu compte du bien fondé de cette conduite, il n'est pour ainsi dire jamais recouru à la clinique obstétricale de Lyon au traitement chirurgical. Nous avons vu au contraire Dührssen recommander son intervention dès la première attaque d'éclampsie.

Le traitement médical donne pleine et entière satisfaction dans les cas d'éclampsie. Mais n'en voulons pour preuve que le cas de la dernière malade qui présenta des crises à la clinique, le 25 de ce même mois (octobre 1910).

Ayant eu dans la journée plus de vingt crises, elle tombe bientôt dans le coma éclamptique. La famille effrayée se décide alors à neuf heures du soir à l'amener à la clinique. Dès son arrivée, elle est soumise au traitement : 1° Lavement purgatif, lavage d'estomac pour évacuer les toxines de ces organes;

2° Diète hydrique, prise de poudre de charbon, de peuplier, hydrate de chloral par voie stomacale en doses massives et décroissantes (jusqu'à 20 grammes pour le premier jour) pour diminuer la production des toxines et leur virulence;

3° Un peu de morphine pour calmer les crises si cela est nécessaire.

L'emploi de ce traitement a permis d'abaisser la

mortalité de l'éclampsie à 9 %. A partir du moment où il est institué, les malades n'ont plus de crises convulsives.

C'est ce qui eut lieu pour notre malade. Au coma éclamptique succéda le coma chloralique dont la malade sortit après quelques heures sans avoir représenté de crises.

L'accouchement spontané s'était fait durant ce temps. On crut à un moment être obligé d'intervenir par un forceps, mais cela ne fut pas jugé nécessaire. L'enfant naquit, cependant étonné et ne poussa guère son premier cri qu'un quart d'heure après sa naissance.

L'évacuation systématique de l'utérus est en effet, considérée chez les éclamptiques comme dangereuse. Il n'y a pas à proprement parler de traitement obstétrical de l'éclampsie.

Pendant la grossesse on s'efforcera d'éviter l'accouchement prématuré en s'abstenant de toute manœuvre utérine et souvent on pourra sauver la vie de l'enfant, la grossesse se prolongeant après la guérison de l'éclampsie.

Mais si l'amélioration espérée ne se produit pas, la césarienne vaginale permet d'évacuer l'utérus dans des conditions très favorables, et avec une rapidité telle que les autres manœuvres ne peuvent pas lui être comparées, les suites opératoires étant très simples (observation IV).

Pendant le travail, la malade soumise au traitement depuis quelques heures, l'amélioration ne se produisant pas, quelque soit l'état de la dilatation du

col on peut intervenir par césarienne vaginale dont nous avons vu les avantages pendant la grossesse.

La césarienne abdominale conseillée par Halberstina donne des résultats favorables que nous croyons encore meilleurs en employant la césarienne vaginale.

Un autre avantage de la césarienne vaginale dans l'éclampsie, est de ne pas provoquer les accès comme le font les manœuvres de dilatation digitale manuelle, instrumentale ; sa rapidité d'exécution met à l'abri des crises éclamptiques subintrantes.

La césarienne vaginale a donc des indications très nettes dans l'éclampsie, mais elles restent subordonnées à l'absence de résultats du traitement médical.

C) Dans son plan d'indications Dührssen admet en dernier lieu deux séries de cas favorables à son intervention.

1° La mère agonisante ;

2° L'enfant seul en danger.

Telle n'est pas notre décision. Nous trouverions encore une raison de faire la césarienne vaginale dans les cas de coïncidences rares évidemment où nous serions en présence d'un **enfant en très bon état chez une mère mourante** avec obstacle à la dilatation.

Une expectation ou une méthode trop lente risquerait en de telles circonstances, de laisser l'enfant à son tour être en mauvais état.

Mais nous le répétons, ce sont là cas très rares ; la dilatation manuelle sur **l'agonisante** est toujours

des plus facile et suffisamment rapide. Nous l'avons vu dans notre plan général, les opérations en de telles circonstances ont toujours un certain caractère de gravité, des suites sérieuses, en cas de survie inopinée surtout ; ajoutons pour la césarienne abdominale en particulier, étant donné la précipitation opératoire forcée en ces moments, et incompatible avec l'assurance absolue de l'asepsie indispensable.

Quant aux indications de Dührssen tirées des dangers courus par l'enfant, elles amèneraient, à notre avis, les accoucheurs à se décider bien facilement à l'intervention sanglante.

Il ne manque pas de moyens simples pour combattre la **longue durée de l'accouchement** par exemple, les **faiblesses de contraction primitives ou secondaires**. Le forceps ici nous semble tout d'abord indiqué, si la dilatation est complète.

Si elle est incomplète, l'état de souffrance de l'enfant menaçant, le degré de dilatation imposera le choix de l'intervention : dilatation très peu avancée, césarienne vaginale ; dilatation presque complète, dilatation manuelle.

De même dans le cas de **procidence du cordon**, le degré de la dilatation permettra de se contenter de la version, si la dilatation est complète, ou bien imposera une césarienne vaginale (plus facile à accepter que la césarienne abdominale, à cause des risques moindres courus par la mère) qui permettra d'exécuter de suite une version.

Elle est en effet indiqué dans ce dernier cas. Les

accouchements que l'on termine par une version sont d'ailleurs assez fréquents. On pratique cette opération en cas : de *placenta prævia*, en cas de *compression du cordon*, enfin dans certains bassins viciés et principalement dans les bassins aplatis.

Or, Dührssen fait volontiers précéder les **versions** d'une césarienne vaginale. La section du col devient en quelque sorte un premier temps de l'opération. Cette conduite est compréhensible et nous ne pouvons que constater comme lui qu'il est bien rare en pratique de pouvoir faire une version au moment d'élection.

Pour faire la version il faut que la dilatation du col soit complète. Si la dilatation est incomplète elle est impossible.

La méthode de Dührssen représenterait évidemment une solution élégante de ce dilemme ; dans un cas où la version serait nettement indiquée, où elle apparaîtrait comme thérapeutique pour ainsi dire obligatoire, la césarienne vaginale non seulement la rendrait possible, mais facile et exécutable au moment voulu.

Mais on ne peut cependant à la moindre indication de version compliquer par avance cette manœuvre d'une intervention sanglante préalable comme le fait, semble-t-il, l'école de Dührssen.

Dans les bassins aplatis il est un fait évident : la tête dernière franchit le détroit supérieur très facilement, mais pour cela il faut que les tissus maternels soient souples ce qui n'existe que chez les multi-

pares, de manière à ce que l'extraction à travers le vagin et la vulve puisse être rapide.

Il faut de plus, condition majeure pour que la version soit possible, que le col soit complètement dilaté.

Si, dans un bassin aplati, chez une multipare, la poche des eaux résiste jusqu'au moment où la dilatation est complète, la version thérapeutique est réalisée dans des conditions idéales. La main en traversant le col rompt les membranes, la tête est encore mobile au-dessus du détroit supérieur et l'évolution fœtale se fait très facilement; l'engagement de la tête dernière est facile alors que les promonto-pubien mesure plus de 85 millimètres.

Mais, toutes ces conditions favorables à la version sont réunies exceptionnellement. Le plus souvent la poche des eaux se rompt pendant la dilatation, le liquide amniotique s'écoule et au bout de quelques heures passées à attendre le complément de dilatation la version devient impossible par rétraction de l'utérus.

D'un autre côté, au moment de la rupture la version était impossible, la dilatation était insuffisante.

C'est alors que, la césarienne vaginale permet de se mettre dans les conditions idéales presque identiques à celles que nous décrivions dans les cas plus favorables indiqués plus haut.

D'ailleurs, l'attente de la dilatation complète pourra être vaine et illusoire, car le col loin de se dilater reviendra sur lui-même, s'œdématisera et à la rétraction de l'utérus s'ajoutera la rétraction du col.

La pratique de la césarienne vaginale étendra donc la possibilité de la version thérapeutique dans les bassins aplatis, « l'opération de Gigli reste toutefois la méthode de choix dans ces cas ».

Dührssen va encore plus loin. Il applique la version thérapeutique même aux primipares en supprimant la résistance des parties molles par sa section latérale du périnée et du vagin. Nous ne le suivrons pas dans cette exagération.

En résumé, les indications de la césarienne vaginale sont :

Le placenta normalement inséré et décollé.

Les cicatrices.

Le cancer du col.

Quelques cas de placenta prævia.

Les états graves de la mère :

Accidents gravido-cardiaques.

Phtysie avancée.

Eclampsie grave.

Et enfin les cas de version indiquée, alors que le col n'est pas dilaté.

V. RÉSULTATS DE L'OPÉRATION

Pour les montrer, nous avons pensé utile de reprendre en détail 85 observations réunies par Dührssen avec 15 décès maternels et 51 décès d'enfants, dont 29 non viables.

Nous les donnons ci-dessous classées et par ordre décroissant :

INDICATIONS	MÈRES		ENFANTS		
	Nombre des cas	Succès	Morts	Succès	Morts Non viables
<i>Eclampsie</i>	47	38	9	20	16 11
(les 9 morts maternelles sont le fait de l'éclampsie et non de l'opération).					
<i>Sténoses diverses</i>	8	7	1	6	1 1
<i>Accidents gravido-cardia-</i> <i>ques</i>	5	4	1	3	1 1
<i>Placenta prævia</i>	4	4	0	1	0 3
<i>Bassins aplatis</i>	3	3	0	2	1 0
<i>Décollement du placenta</i> <i>normalement inséré</i>	2	2	0	0	0 2
<i>Infection</i>	2	2	0	1	1 0
<i>Accidents pulmonaires</i>	1	1	0	0	0 1
<i>Rétroversion</i>	1	1	0	0	0 1
<i>Dilatation sacciforme</i>	1	1	0	1	0 0
<i>Chorée</i>	1	1	0	0	0 1
<i>Divers</i>	5	6	4	?	? ?
<i>Observations incomplètes</i> ..	5				
	85	70	15	34	20 21
(Renseignements incomplets) sur 10 enfants.					

Dührssen y ajoute (sans renseignements sur l'enfant) :

15 cas de Rühl sans décès pour la mère.

17 cas d'Amérique dont 7 éclampsies. 1 décès.

37 cas de Bumm 11 décès.

33 cas de Veit 1 décès.

14 cas de von Krönig 0 décès.

Soit 13 décès. Si nous y ajoutons les 15 cas de morts de la mère trouvés ci-dessus, nous obtenons sur 201 cas de césarienne vaginale conservatrice : 28 décès.

(Se reporter fin du chapitre I, à la statistique de Dührssen).

Nous y avons vu que Dührssen retire de ces 28 cas, 25 observations où les malades moururent de leurs affections, malgré l'opération.

Il arrive alors à une mortalité de 1 pour 100. Quant à sa statistique de césarienne vaginale radicale, nous y relevons sur 47 cas 5 morts maternelles et 23 morts fœtales, dont 9 non viables ; 4 observations incomplètes.

Nous ajouterons aux observations de césariennes vaginales conservatrices, 10 cas dont les indications furent les suivantes :

I. — Professeur Fabre (12 mai 1906).

Décollement du placenta normalement inséré à 6 mois $1/2$; hémorragie externe et interne ; mort de l'enfant ; insuccès des dilatations au ballon ; césarienne vaginale ; guérison.

II. — Professeur Fabre (5 juillet 1906).

Césarienne vaginale chez une cardiaque à 9 mois ; insuccès de la dilatation instrumentale (métallique) ; enfant vivant ; grande amélioration de l'état de la mère ; guérison.

III-IV. — Brindeau. (Société d'Obstétrique de Paris 15 novembre 1906).

Césarienne vaginale pour albuminurie à 5 mois $1/2$; mort dans le coma urémique.

Césarienne vaginale pour éclampsie à 6 mois $1/2$; guérison.

V. — Professeur Fabre (20 février 1909).

Décollement du placenta normalement inséré ;
hémorragie à 9 mois ; césarienne vaginale ;
enfant mort avant l'opération ; mère morte 45'
après.

VI. — Cyrille Jeannin (mai 1910, Annales de gynécologie et d'obstétrique).

Chez une asystolique à 6 mois ; perforation de l'enfant ; mort de la mère à la fin de l'opération.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — 12 Mai 1906.

Publiée *Lyon Médical*, 1906.

(Service de M. le Professeur Fabre).

Décollement du placenta normalement inséré ;
Hémorragie externe et interne, mort de l'enfant ;
Insuccès des dilatations au ballon ;
Césarienne vaginale ; Guérison (*Lyon Médical*, 1906)

B..... Marie.

Malade âgée de 28 ans, cuisinière ; rien dans ses antécédants personnels. Pas de syphilis, pas de grossesses antérieures.

Les dernières règles datent du 5 novembre 1905 ; elle est donc enceinte de 6 mois et 6 jours. Les débuts de la grossesse furent normaux, sans œdème des jambes.

Le 12 mai 1906, dans la matinée elle doit faire un travail pénible, cire son parquet sans prendre de repos jusqu'à midi.

A 1 heure de l'après-midi elle ressent dans le ventre une douleur vive, brusque, et s'aperçoit qu'elle tache abondamment ses linges de sang.

A 3 heures 10 du soir la malade est amenée à la clinique ; elle frappe par son état d'anémie très marquée, les téguments

sont décolorés, les muqueuses pâles, il y a un véritable état de shock. Le pouls d'abord incomptable tombe à 76, après quelques moments de repos, mais reste petit, filiforme.

L'utérus est à ce moment à 27 centimètres de hauteur il est dur, contracté ; on ne perçoit pas ces bruits fœtaux. Au toucher, col dilaté à 1 cm. On perçoit la poche des eaux.

L'hémorragie continue peu abondante mais constante. Vu la gravité de l'état, on fait un tamponnement vaginal et deux injections de sérum de 550 gr. dans chaque sein ; gros disque d'albumine dans l'urine.

A 4 heures 15 M. Gonnet, chef de clinique, appelé, trouve le col étroit et dur ; dilaté à 1 cm. seulement. Il introduit le ballon de Champetier. Le pouls est à 104 ; troubles visuels, vertiges, mauvais état.

5 heures 1/2. Après une heure d'attente de dilatation par le ballon, l'état général est toujours grave ; on refait encore 200 gr. de sérum et l'on décide de faire l'évacuation de l'utérus après dilatation de l'orifice externe du col.

On fait plusieurs tentatives de dilatations digitales sous anesthésie, mais sans résultats. La section en plusieurs points de l'orifice externe du col ne donne rien. Essai de section de l'orifice interne également sans résultats très appréciables ; on arrive néanmoins à une dilatation de 3 cm. La poche des eaux est alors rompue. On essaye alors d'introduire la pince à os sans succès ; le perforateur de Blot peut être introduit et le crâne est perforé ; l'utérus diminue notablement de hauteur ; il n'y a plus que 22 cm. du fond au bord supérieur du pubis. Après plusieurs essais infructueux d'extraire les parties fœtales on fit un nouveau tamponnement et la malade est placée dans son lit ; le pouls est à 100, régulier, malade abattue, presque dans le coma.

A 7 heures du soir, j'arrive auprès de la malade que je trouve dans un état grave ; elle est dans une torpeur absolue ne répondant pas aux questions posées ; le pouls est petit à 120. Après ablation des mèches imbibées de sang je trouve le col dilaté à 5 cm. seulement ; les orifices internes et externes sont résistants, de consistance véritablement ligneuse et je puis me rendre compte que tout essai de dilatation digitale serait inutile et d'ailleurs dangereux ; les doigts

sont serrés dans le canal cervical ; les tissus utérins se seraient rompus, mais non dilatés. Le diagnostic de décollement du placenta normalement inséré est certain et comme l'hémorragie est encore continue je décide l'évacuation immédiate chirurgicale de l'utérus *par la césarienne vaginale*. Devant l'état d'anémie aiguë, l'enfant étant mort, j'écarte la césarienne abdominale.

Intervention à 7 heures 45, la malade est endormie à l'éther, deux pinces latérales sont placées sur le col, la direction de la vessie est reconnue avec soin.

Dans le premier temps je fis sur les parois vaginales une incision transversale antérieure après avoir fortement récliné le col en bas. La muqueuse sectionnée, le tissu cellulaire est décollé avec le doigt et un tampon monté sur une pince. Je pus ainsi refouler la paroi postérieure de la vessie qui est remontée fortement en haut ainsi que le cul-de-sac antérieur péritonéal maintenu par un écarteur de Farabeuf.

Je pratiquai ensuite une incision transversale postérieure qui me permit de décoller et de remonter le cul-de-sac péritonéal de Douglas. Chacune de ces incisions est d'environ 4 cm.

Dans un deuxième temps j'incisai le canal cervico-segmentaire en avant et en arrière par une incision longitudinale. L'incision antérieure est faite sur une hauteur d'environ 7 cm. ; l'incision postérieure est de 6 cm. Il ne s'écoule pas une goutte de sang pendant cette section.

En troisième lieu le fœtus peut être alors facilement extrait par embryotomie thoracique en écharpe sans aucune difficulté.

Dans un quatrième temps le placenta est extrait artificiellement. On retire 400 gr. de caillots noirâtes derrière le placenta qui est d'ailleurs complètement décollé.

En dernier lieu, suture de l'utérus à la soie. Six points séparés sont placés en avant et cinq en arrière. Je dus me servir de fils de soie ; car les catguts que j'avais à ma disposition étaient trop petits et je pouvais craindre une résorption trop rapide, les fils de soie furent serrés de telle sorte que les nœux étaient dans la cavité vaginale. Une mèche fut placée dans chacun des décollements.

Les suites opératoires furent favorables malgré la gravité de l'état général au moment de l'intervention.

La température ne dépassa pas 38° 8 dans les jours qui suivirent et elle baissa progressivement. L'albumine, très abondante, alla en diminuant rapidement pour disparaître le 7 juin. Les fils furent enlevés au bout du deuxième septenaire.

Les forces reviennent peu à peu, seuls les troubles visuels persistèrent longtemps et le 29 mai la malade accusait encore une sensation de brouillard avec diplopie. L'examen du fond d'œil, pratiqué à ce moment par M. Moreau, chef de clinique ophtalmologique montra l'absence d'œdème papillaire et de lésions aciniques très marquées.

Le 6 juin, la malade quitte le service guérie.

A signaler :

Le résultat favorable donné dans un cas où la résistance du col rendait les manœuvres de dilatation impossibles.

La seule ressource paraissait être la césarienne abdominale mais qui, dans le cas particulier, était contre-indiquée étant donné l'état grave de la malade.

OBSERVATION II. — 5 juillet 1906.

(Inédite. Service de M. le Professeur Fabre.)

Accidents gravido cardiaques. Insuccès de la dilatation instrumentale métallique.

Césarienne vaginale. — Enfant vivant. — Mère très améliorée.

M^{me} G..., née C. Marguerite, 34 ans.

Père mort à 75 ans d'angine de poitrine. Mère vivante, 72 ans, a une maladie de foie.

Un frère bien portant, une sœur morte à 20 ans de refroidissement.

Personnellement, rougeole dans l'enfance. Souffre de la tête relativement souvent. A part cela, bonne santé habituelle. A 11 ans elle est réglée et l'a toujours été régulièrement depuis. A 20 ans, troubles cardiaques, dyspnée d'effort, quelques palpitations. On croit à de l'anémie, on ordonne de

l'arséniate de fer. Au bout d'un mois tout rentre dans l'ordre.

La malade ne se ressent à nouveau de ces troubles que l'an dernier et nous voyons débiter les symptômes actuels.

Durant les 14 ans d'intervalle, excellente santé, elle se marie ; a successivement une grossesse il y a 8 ans, puis une seconde il y a 7 ans qui se terminent par des accouchements spontanés à terme, les grossesses avaient d'ailleurs été normales et les enfants sont bien portants.

En mars 1905, surmenage physique à cause de la maladie de l'un d'eux.

Très brusquement, palpitations violentes, s'accompagnant de syncopes ; ceci durant tout le mois et la malade certains jours ayant jusqu'à 2 et 3 faiblesses. Celles-ci disparaissent en avril, mais la malade présente de l'œdème des jambes, une dyspnée et des palpitations très violentes. Le tableau semble avoir été celui d'une crise d'hyposystolie.

On lui donne des diurétiques, de la digitale, l'état reste stationnaire durant tout 1905, et grâce à des médicaments (administration de digitale chaque semaine) la malade peut continuer à vaquer à ses occupations.

Sur ces entrefaites elle devient enceinte.

D. R. : 15 novembre.

Les troubles fonctionnels deviennent très intenses. les palpitations de plus en plus violentes au moindre effort. La malade ne se soutient qu'avec de la digitale. Jusqu'à l'heure actuelle ces phénomènes sont restés les mêmes et la malade garde maintenant le lit depuis le 7 mai.

Au cœur, à la palpation, impulsion systolique très marquée et sur une large surface. Frémissement net. Pointe dans le 6^{me} espace sur la ligne mammelonnaire.

A l'auscultation. Arythme considérable avec systoles incomplètes ne se transmettant pas au poulx carotidien ; il est difficile alors de se rendre compte de la nature et de la localisation dans la révolution cardiaque, des bruits perçus. C'est une succession arythmique de bruits soufflants que l'on a sous l'oreille.

Il y a sans aucun doute un souffle systolique. On en trouve les signes à l'appendice xyphoïde et au foyer aortique.

Les signes sont plus nets au foyer pulmonaire. On y

entend un souffle en jet de vapeur et un deuxième bruit très net et très claqué. Le souffle est plutôt postsystolique car on perçoit immédiatement après lui un bruit assez nettement frappé.

Du côté du système vasculaire périphérique il y a du pouls veineux jugulaire; le pouls radial est faible, très irrégulier avec des variations d'intensité assez nettes d'une pulsation à l'autre.

Pas de Durozier, œdème malleolaire. Devant l'état très grave de la malade, on se décide à une intervention.

Le 5 juillet. — La position est en OI.D.T. Les bruits du cœur du fœtus sont normaux. Anesthésie à l'éther et on tente d'abord de dilater le col. Après avoir passé le n° 20 des bougies d'Hegar on cherche à appliquer le dilatateur de de Seigneux. Il est très difficile de l'introduire à fond; il faut pour y arriver dilater avec les doigts. Le col est très résistant principalement semble-t-il au niveau de deux zones: une au milieu où il se fait comme un anneau de contraction, une seconde à l'orifice interne.

On donne 1/4 de tour au dilatateur toute les 1/2 minutes. Arrivé à 3 centimètre 1/2 d'ouverture le col déchire.

On décide alors de faire la césarienne vaginale.

1° Décollement vésico-vaginal très haut, saigne un peu, ou lie une ou deux artérioles vésico-vaginales.

2° Décollement postérieur: difficile;

3° Section du col en avant sur 9-10 centimètres, et en arrière sur 8-9 centimètres (ces incisions, relativement grandes, sont absolument nécessaires pour pouvoir tenter une extraction);

4° Forceps: pour pouvoir descendre la tête, on sectionne encore un peu en avant: on amène un enfant vivant;

5° Délivrance artificielle immédiate;

6° Sutures antérieures et postérieures au catgut assez difficiles.

On met une mèche en avant et en arrière.

Les suites de l'opération (8 juillet) furent très simples. La température n'atteignit pas 38°5. On constata une grande amélioration des troubles fonctionnels: dyspnée bien moindre, peu de suffocation, pouls meilleur.

Le 21 juillet, dans la nuit, la malade fit une brusque hémorragie vaginale; on pratiqua un tamponnement serré qui fut enlevé le 23.

On sentait alors un col mou, sans rien d'anormal.

Les jours suivants, l'amélioration se poursuivit, le poulx était environ à 95. La malade prit du strophantus et resta huit jours sans digitale.

En octobre 1906, la malade fut revue, elle avait repris depuis peu quelques accès de suffocation. On ne put la toucher pour sentir les cicatrices.

OBSERVATION III. M. Brindeau
Société d'Obstétrique de Paris, séance
du 15 novembre 1906

Tertipare de 25 ans, dont le 2^e accouchement a été provoqué prématurément pour albuminurie intense. La troisième grossesse actuelle s'accompagne depuis le 3^e mois de maux d'estomac et de troubles de la vue. A son entrée à Saint-Antoine, à 5 mois 1/2 de grossesse, ces troubles persistent, et l'on constate une albuminurie intense. La diète hydrique et le lait n'atténuent pas ces troubles, qui vont au contraire en augmentant; la cécité devient presque absolue. M. Brindeau cherche à provoquer l'avortement en introduisant un ballon dans le col, dur, cicatriciel, sans obtenir de dilatation,

L'état général restant très grave, la pression artérielle étant de 24 à l'appareil Potain, il se décide à faire l'incision de Dührssen. L'extraction du fœtus, la délivrance artificielle, la suture et le tamponnement se font sans grande hémorragie. La malade succombe dans l'après-midi dans le coma urémique.

OBSERVATION IV. M. Brindeau
Société d'Obstétrique de Paris, séance
du 15 novembre 1906

Tertipare de 28 ans, enceinte de 6 mois 1/2, amenée à Saint-Antoine dans le coma, après 4 crises d'éclampsie

en ville. On fait une saignée de 500 grammes, et l'on pose un ballon de Champetier. Les crises se renouvellent (13 accès en 6 heures). Température 39° 6. Six heures après la pose du ballon, le col est dilaté de 2 centimètres, mais il est dur, comme cartilagineux. M. Brindeau fait la césarienne vaginale. Hémorragie assez abondante qui s'arrête sitôt la suture faite.

Dans les 12 heures qui suivent, la malade a encore 16 accès. Elle sort guérie le 20^e jour. Revue 4 mois après, on a pu constater que le col a sa forme normale et que les cicatrices sont difficiles à sentir.

En tant qu'opération (mais ce sont des interventions à 5 et 6 mois), ces deux césariennes ont donné de bons résultats ; le manuel opératoire est simple, l'hémorragie modérée.

OBSERVATION V. Inédite. Service de M. le Prof. Fabre
20 février 1909

Décollement du placenta normalement inséré. Hémorragie de 1.100 à 1.200 grammes. Césarienne vaginale. Craniotomie sur l'enfant. Mère morte 45 minutes après l'opération.

R... (Joséphine), femme L..., 31 ans, VI-pare. Pas de syphilis, pas de tuberculose, tibias rachitiques. Au premier accouchement, application de forceps : 3 enfants en bonne santé, 2 morts de méningite à 7 et 9 mois.

Les dernières règles sont du 2 au 4 juin. Accouchement probable : 9 mars 1909.

La grossesse actuelle fut normale. Sommet en O I G A.

Le 20 février, à 4 heures de l'après-midi, la malade se mit à perdre beaucoup de sang en même temps qu'elle sentait des douleurs très fortes, A 9 h. 15, elle est apportée à la clinique, dont elle monte l'escalier seule.

Examinée immédiatement, on lui trouve un gros disque d'albumine dans les urines. La hauteur utérine est de 32, puis de 33. L'utérus est tendu, de bois ; la tête, difficilement délimitée, est engagée.

On ne trouve pas de bruits du cœur du fœtus. Le col se

dilate à peine. Bientôt la poche des eaux se rompt, mais la dilatation reste à 1 franc. Cependant, l'état général de la malade s'altère de minute en minute. Ses pulsations de 80 à l'arrivée sont à 10 heures de 108; le suintement sanguin semble en effet augmenter. On touche : une certaine quantité de sang s'échappe, et le pouls atteint alors 140. Les pulsations cardiaques deviennent faibles, molles, dépressibles, filantes. Les respirations également sont pénibles; le facies anxieux, un peu hagar, la soif vive.

On fait le diagnostic de décollement prématuré du placenta, et l'on décide d'intervenir aussitôt.

Anesthésie à l'éther. Le pouls semble alors devenir meilleur, mais cette amélioration ne dure pas.

On décolle la vessie, le rectum, et l'on pratique les incisions ordinaires jusqu'à ce qu'on se trouve en face d'une ouverture de 12 centimètres de diamètre.

On n'a toujours aucun signe de vie du fœtus; on pratique alors la craniotomie, et l'enfant est extrait avec le cranioclaste. On fait une délivrance immédiate, les sutures. L'opération avait duré trois quarts d'heure en tout.

L'enfant pesait 2.430 grammes, le placenta 385 grammes, enfin on avait extrait 280 grammes de caillots.

La malade avait reçu 2 injections de caféine, 2 d'éther et 1 de sérum. Une fois remise dans son lit, on lui refait à nouveau du sérum. La respiration devenant suspicieuse, on lui donne de l'oxygène.

Le pouls devient cependant de plus en plus mauvais. On pratique alors une injection intraveineuse de sérum dans la saphène interne.

Malgré cela, le cœur s'arrête, puis la respiration. On tente la respiration artificielle... sans succès.

Il n'y avait pas eu d'hémorragies depuis l'opération; d'ailleurs, l'utérus était fort bien contracté et pesait 1.870 gr. Le foie était un peu jaunâtre, avec les caractères du foie gras.

Ce sont là tous les renseignements que donna la vérification,

OBSERVATION VI. M. Jeannin

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, mai 1910

Primipare âgée de 38 ans, asystolique, à l'agonie. Le col est intact, long, et sa dilatation rapide artificielle apparaissait comme difficile et dangereuse.

On tente l'opération césarienne vaginale de Dührssen.

L'enfant du terme de six mois, mort fut extrait après perforation de la tête, au moyen d'une pince à os.

La femme mourut au moment où on allait faire la suture. L'opération fut évidemment tentée *in extremis*; peut-être si l'auteur avait pu porter secours plus tôt à cette malade, l'opération eut elle donné un meilleur résultat.

Les trois observations III IV, VI ont été rapportées avec quatre autres au Congrès national de Gynécologie Obstétrique et Pédiatrie de Toulouse (22-27 septembre 1910).

Ces quatre dont nous ne possédons que les indications et les résultats sont les suivantes :

OBSERVATION VII Brindeau et Jeannin.

Infection (39°5) amniotique avec col pas dilatable. Enfant vivant. Mère guérie sans complications.

OBSERVATION VIII Brindeau.

Asystolie. Complication opératoire : déchirure de l'utérus par propagation de l'incision, hémorragie. Enfant non viable. Mère guérie sans complications.

OBSERVATION IX Brindeau.

Souffrance du fœtus. Femme infectée (38°7). Col résistant, promontoire accessible. L'extraction du fœtus nécessite une basiotripsie. Mort de la mère également.

OBSERVATION X Jeannin

Souffrance du fœtus. Col pas dilatable, infection 40°. Enfant vivant. Mère guérie sans complications.

Avec les observations I II et V de la clinique obstétricale de Lyon que nous avons reproduites en détail (l'observation I la première en date en France a été publiée par le *Lyon Médical*, 1906, les deux autres II et V inédites) le nombre des opérations césariennes vaginales pratiquées en France, s'élève donc à dix. Sept par MM. Brindeau et Jeannin et trois (dont il n'a pas été fait mention au Congrès) par M. le prof. Fabre.

Elles nous donnent comme résultats.

Sur 10 cas : mères, succès, 6, mortes, 4; enfants, succès, 3, morts, 4; non viables, 3.

Si nous ajoutons que sur les 4 morts maternelles nous trouvons une opération sur une asystolique à l'agonie, une mort par coma urémique, une mort chez une femme ayant perdu 1.100 à 1.200 grammes de sang par décollement précoce du placenta, une mort enfin chez une infectée à bassin rétréci et dont l'enfant ne peut être extrait que par basiotripsie; nous obtenons une mortalité opératoire pour ainsi dire nulle pour la mère.

Quant aux enfants, pour lesquels nous relevons également quatre insuccès nous y trouvons compris le cas de basiotrypsie, l'enfant de l'asystolique opérée à l'agonie, celui de la mère ayant perdu plus d'un litre de sang, la mort du quatrième étant également

à mettre sur le compte d'un décollement prématuré du placenta (Observation I du prof. Fabre).

Pour eux aussi on ne peut donc de ces dix cas, tirer aucune observation défavorable à l'opération césarienne vaginale.

CONCLUSIONS

I. — L'opération césarienne vaginale permet grâce à une incision pratiquée sur le col utérin et le segment inférieur de supprimer les résistances opposées au mobile fœtal par les régions cervicales normales ou pathologiques.

II. — Cet avantage considérable a amené à des excès. Les indications de cette intervention ont été trop étendues. Pour rares qu'elles soient, il en est cependant de très nettes et la césarienne vaginale doit avoir sa place en chirurgie obstétricale.

III. — La césarienne vaginale est en effet la thérapeutique de choix du décollement du placenta normalement inséré des sténoses diverses du col. Le cancer du col dans le plus grand nombre des cas doit être traité par l'hystérectomie abdominale, dans quelques cas particuliers la césarienne vaginale peut-être bien indiquée.

Dans les états graves de la mère (accidents gravidocardiaques, états pulmonaires graves, éclampsie elle permet seule, par une dilatation suffisamment rapide de sauver l'enfant, accessoirement d'améliorer souvent l'état de la mère.

IV. — Quelques cas exceptionnels de placenta prævia, nécessitant il est vrai tout un concours de circonstances favorables, enfin ceux où la version est indiquée alors que le col n'est pas dilaté, peuvent aussi être justiciables de cette intervention.

Chez la mourante, la dilatation nouvelle d'une exécution facile semble devoir lui être préférée; le cas d'un enfant en très bon état chez une mère en très grand danger pourrait faire exception.

V. — L'opération césarienne vaginale consiste : 1° en une incision transversale du cul-de-sac antérieur qui permet un décollement facile de la vessie et du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin; 2° En une section sagittale de six à dix centimètres portant sur la lèvre antérieure du col et poursuivie sur le segment inférieur.

En cas de besoin d'une ouverture plus grande l'opérateur peut s'aider d'une manœuvre analogue sur la lèvre postérieure du col utérin.

VI. — Cette opération surprend par sa grande simplicité — elle est d'une exécution très rapide, elle est entièrement extrapéritonéale, utilise les voies naturelles.

Ses suites enfin sont d'une grande bénignité; pour ces différentes raisons, elle offre un caractère de gravité bien moindre que la césarienne abdominale surtout chez des malades déjà en mauvais état et peut alors lui être préférée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

FABRE.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} décembre 1910.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Alessandro (A. d').* — Presse médicale, 1899, p. 372.
- Annales de gynécologie et d'obstétrique.* — Années 1910, 1909, 1908, 1907, 1906.
- Bar P.* — La section césarienne vaginale. Revue générale de clin. et de thér., n° 48, Paris, 1907.
- Congrès international Budapest, sept. 1909.
- Traitement des dystocies pelviennes. Bulletin médical, n° 37, 7 mai 1910.
- Bossi.* — (Sur la dilatation rapide du col). Gynæck. Rundsch. 1909, n° 23, p. 844.
- Brindeau.* — Obstétrique, 1907, p. 156.
- Chassot.* — Gynäkol. Helvetica. Frühlingausgabe, 1910, Genève.
- Daels.* — La césarienne vaginale dans l'éclampsie. V^e Congrès international, sept. 1910, St-Petersbourg.
- Dührssen.* — (Voir von Winckel).
- Arch. f. gynäkologie, XXXVII, 1, 1890, XLIV, 3, 1893.
- (Progrès en chirurgie obstétricale). Samml Klin. Vochensch, n° 160, 1896.
- (Encore le Bossi et la césar. vagin.) Arch. f. Gynäk. Berl. 1905, 188-201.
- (La césar. vagin. en clientèle). Münchener méd. Wochens, 1908, p. 2092.
- (Technique et indications de la césarienne vaginale. Gynäk. Rundschau, 1908, Heft, 22, p. 765.
- (Aire nouvelle de l'Obstétrique. La césar. vagin. dans les bassins rétrécis). Beit. z. Geburtsh. u. Gynäk. Leipz. 1909, XIV, 46-87.
- Die Metreûrynterschnitt. Gynäkol. Rundschau, 1910, Heft, 1, p. 1.

Essen Möller. — Obstétrique, Paris, 1909, p. 763.

Fabre. — Précis d'Obstétrique.

— Décollement du placenta normalement inséré; hémorragie externe et interne; mort de l'enfant; césarienne vaginale; guérison. *Lyon Médical*, 1906, CVII, 604-607.

Fritsch. — Die Gynäk... des letzten Vierteljahrhunderts. *Deutsche med. Wochens*, 1900, n° 1.

Fûchs. — *Centralb. f. Gynäk.* n° 6, fév. 1909, p. 210 (sténose post-opératoire).

Haûch. — *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, mai 1910, p. 515 (placenta prævia).

Henckel. — *Centralb. f. Gynäk.*, 1906, n° 8, p. 233 (placenta prævia).

Hergott. — Les sutures des opérations césariennes. *Revue médic. de l'Est, Nancy*, 1909, p. 340.

Hirsch. — *Centralb. f. Gynäk.* 1910 (placenta prævia).

Hofmeier. — Folgen der tiefen Cervixeinschnitte. *Münchener med. Wochens*, 1904, n° 3.

— *Münchener med. Wochens*, juin 1910.

Jeannin Cyrille. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1910.

Kouwer. — *Centralb. f. Gynäk.* 1900, n° 19, p. 505.

Nache. — *Centralb. f. Gynäk.* février 1909, n° 6, p. 207 (éclampsie).

Obstétrique (Revue L'). — Années 1910, 1909, 1908, 1907, 1906.

Olow John. — *Centralb. f. Gynäk.* n° 13, 1910 (placenta prævia).

Oui. — Congrès Obst. et Pediat. Alger, avril 1907.

Pfannenstiel. — *Münchener méd. Wochens*, mai 1909, p. 953.

— *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* nov. 1909, p. 541.

Ribemont Dessaigne. — Précis d'Obstétrique. 1904.

Rühl. — (Grossesse après une césarienne vaginale). *Münchener méd. Wochens*, 1906, n° 11, p. 507.

Schwab. — *Presse médicale*, 29 nov. 1899, p. 318.

Sigwart. — *Centralb. f. Gynäk.* 1910 (placenta prævia).

Sippel. — (César. vagin. et décapsulation rénale pour éclampsie grave). — Deutsche med. Wochens. Leipz. und Berl. 1909, 35-1722.

Solms. — (Bassins rétrécis). Berl. Klin. Wochens, 1909, n° 5 p. 199.

Tarnier et Budin. — Manuel d'Obstétrique, 1901, p. 530.

Uthmöller. — (Eclampsie). Centralb. f. Gyn. 1906, n° 10, p. 906.

Westphal. — Centralb. f. Gynäk. 1906, n° 28, p. 791 (morbonde).

Winckel (F. von). — Handbüch der Geburtshülfe, 1906, Dritter Band 1 Teil. 575-668.

Zweifel. — Centralb. f. Gynäk. 1895, n° 48.

(C'est à dessein que nous donnons peu de bibliographie de 1895 à 1906. Elle est contenue et citée à propos du texte dans le traité complet de la Césarienne vaginale fait par Dührssen lui-même, dans l'ouvrage de von Winckel que nous résumons dans la première partie de notre thèse).

